**ЗМІСТ**

**ВСТУП** 3

**РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З МОЛОДДЮ З ІНВАЛІДНІСТЮ** 7

1.1 Загальна характеристика молоді з інвалідністю як соціальної групи 7

1.2 Основні аспекти діяльності соціальних служб для молоді з інвалідністю 16

1.3 Специфіка технологій соціальної роботи з молоддю з інвалідністю 26

1.4 Законодавчо-нормативне забезпечення «доступності» для молоді з інвалідністю в Україні 37

Висновки до розділу 1 46

**РОЗДІЛ 2 ПРОБЛЕМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ** 48

2.1 Моделі інвалідності та їх особливості 48

2.2 Проблеми працевлаштування молоді з інвалідністю 60

2.3 Особливості соціалізації молоді з обмеженими можливостями у сучасному суспільстві 65

2.4 Соціальний стереотип стосовно молоді з інвалідністю 69

Висновки до розділу 2 78

**РОЗДІЛ 3 ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ В СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ** 80

3.1 Соціальне дослідження на тему «Ставлення сучасної молоді до молоді з інвалідністю» 80

3.2 Аналіз результатів експериментальних досліджень 87

3.3 Програма реабілітації та адаптації молоді з інвалідністю 90

Висновки до розділу 3 94

**ВИСНОВКИ** 96

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** 101

**ДОДАТКИ** 108

# ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У зв’язку з сучасними екологічними та соціальними чинниками, які негативно впливають на здоров’я населення, значна частина молоді страждає від патологій та хронічних захворювань, чисельність яких з кожним роком зростає. В Україні проблема інтеграції осіб з інвалідністю є досить актуальною, передусім, це стосується молоді.

Нажаль суспільство не готове сприймати молодь з інвалідністю. Внаслідок цього з’являється суперечність між необхідністю подолання соціальної ізоляції молоді з інвалідністю та відсутністю відповідних психологічних і соціально-педагогічних умов, необхідних для їх належного функціонування та розвитку. Йдеться, перш за все, про створення комплексної системи забезпечення, що сприятиме їх ефективній соціальній інтеграції.

Наразі в Україні відбувається реформа системи надання соціальних послуг, розробляються механізми соціального замовлення, переосмислюється роль державних соціальних служб та неурядових організацій у здійсненні соціальної роботи у громадах. Перед сучасним соціальним працівником постають нові соціальні проблеми, які потребують вирішення, розширюється коло об’єктів соціальної роботи. З огляду на це, актуальним є питання підготовки висококваліфікованих соціальних працівників, готових працювати у нових умовах, реагувати на нові суспільні виклики, професійно надавати соціальні послуги.

Соціальний працівник мусить володіти фаховими знаннями з психології, соціології, психіатрії, знати законодавство, правові аспекти соціального захисту, теорії та методи соціальної роботи, наявні ресурси та методи їх використання; уміти спілкуватися та надавати інформацію, оцінювати потреби та представляти інтереси людини, підвищувати її можливості та сприяти розвиткові, створювати «мережу допомоги» та керувати процесом допомоги. Соціальна робота з інвалідами є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи, в основі якої — правові основи соціального захисту населення, система державних і недержавних закладів і установ, форми, методи соціальної роботи, соціальні технології і технології соціальної роботи, зміст і специфіка яких визначається рівнем обмеження життєдіяльності людини, а також повноваженнями організацій соціальної сфери, рівнем кваліфікації працівників, досвідом роботи, фінансуванням, ресурсами тощо.

Основним законом України із соціального захисту інвалідів є Закон "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 12 березня 1991 р. № 875-12. Цей Закон визначає основи соціальної захищеності інвалідів в Україні і гарантує їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість інвалідам вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними здібностями та інтересами. У законі зазначається, що інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами.

Багато науковців присвячували свої роботи окремим питанням соціальної допомоги молоді з інвалідністю, зокрема: М. Авраменко, С. Богданова, Н. Борецька, М. Кравченко, Е. Лобанова, С. Мельник, К. Міщенко, В. Скуратівський, В. Сушкевич, О. Тищенко та ін.

Соціалізація молодих осіб з інвалідністю є важливою ланкою в процесі становлення її як повноцінної особистості. Здобуття вищої освіти та працевлаштування молоді з інвалідністю регламентовано безліччю законодавчими актами України, які передбачають доступність для кожного громадянина усіх форм освітніх послуг; їх безперервність і різноманітність; рівноправність умов для їх реалізації та обов’язкове працевлаштування. Розуміння сутності та особливостей процесу соціалізації молоді з інвалідністю є проблемним питанням для багатьох представників освітнього простору та роботодавців. Отже, існує нагальна потреба в дослідженні проблем соціалізації молоді з інвалідністю з метою своєчасного надання психолого-педагогічної допомоги та розробки науково зумовлених програм та технології успішної соціалізації.

Соціальна робота є невідривною ланкою сьогоднішнього і майбутнього суспільства і спрямована на усі проблеми, які виникають. Тому необхідність у професії соціального працівника буде існувати то тих пір, поки буде існувати людство.

**Мета дипломної роботи:** розкрити особливості соціальної роботи з молоддю з інвалідністю.

**Об‘єкт дипломної роботи:** молодь з інвалідністю

**Предмет дослідження:** технології соціальної роботи з молоддю з інвалідністю

**Завдання дипломної роботи:**

1. Визначити теоретичні підходи щодо вивчення ставлення сучасної молоді до молоді з інвалідністю.

2. Дослідити та проаналізувати як відносяться і що думає сучасна молодь про молодь з інвалідністю.

3. Надати рекомендації по відношенню молоді до молоді з інвалідністю

**Метод дослідження.** У процесі дослідження був використаний метод –анкетування.

**Апробація результатів дослідження**. Основні науково-практичні положення дипломної роботи обговорено на ХI Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Сучасний рух науки» (8-9 жовтня 2020 р., м. Дніпро), ХХ Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики» (18-19 листопада 2020 р., м. Київ)

**Публікації.** Опубліковано 2 наукові праці, обидві – у матеріалах науково-практичних конференцій.

**Структура дипломної роботи.** Дипломна робота  містить три розділи, висновки, список використаних джерел та додатків. В першому розділі розглянуто теоретичний аналіз основних аспектів соціальної роботи з молоддю з інвалідністю. Другий розділ розглянуті проблеми та особливості соціалізації молоді з інвалідністю. Третій розділ присвячено дослідженню роботи та шляхи вдосконалення соціальної роботи з молоддю з інвалідністю. Висвітлене соціальне дослідження з сучасною молоддю, вікової категорії 17-29 років на тему «Ставлення сучасної молоді до молоді з інвалідністю». Збір інформації був за допомогою анкетування. Розроблена соціальна програмана тему «реабілітація та адаптація молоді з інвалідністю». Список використаних джерел містить 70найменувань та займає 7сторінок. Загальний обсяг роботи без списку використаних джерел та додатків становить 99сторінок.

# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З МОЛОДДЮ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## 1.1. Загальна характеристика молоді з інвалідністю

У нашій країні якість життя інвалідів, як правило, нижче решти населення, що обумовлено наступним:

* недостатністю в нашому суспільстві гуманізму і милосердя по відношенню до людей з особливими потребами;
* нерозвиненістю і непристосованістю соціальної інфраструктури міст і сільських населених пунктів з урахуванням задоволення основних потреб інвалідів;
* низьким рівнем матеріального забезпечення і соціального обслуговування, їх недостатньою гнучкістю;
* низькою якістю чи відсутністю технічних засобів і пристосувань, необхідних для обслуговування, пересування і праці інвалідів;
* наявністю значних труднощів в отриманні якісної професійної, особливо вищої освіти, в задоволенні духовних потреб.[24]

Інвалід (від лат. іnvalidus – безсилий, хворий). Відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 р.) **інвалід** – це будь-яка особа, що не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормальної особистісного та (або) соціального життя в силу недоліку, будь то вродженого чи ні, його (або її) фізичних або розумових можливостей. На нашу думку, поняття "інвалід" необхідно відносити не стільки до суб'єкта життєдіяльності, стільки розглядати його як соціальне явище, а саме результат взаємодії психофізичних обмежень та бар'єрів соціального характеру.

Згідно статті 2 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або з уродженими дефектами, що приводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі та захисті [28].

На думку, О.І. Холостової та Н.Ф. Дементьєвої, **інвалідність** – це специфічна ситуація розвитку й стану особистості, що супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших її сферах.

У Рекомендаціях 1185 до реабілітаційних програм 44-й сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 05 травня 1992 р. інвалідність визначається як обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими й іншими бар'єрами, які не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованим у суспільство й брати участь у житті родини або суспільства на таких же підставах, як і інші члени суспільства.

Детальніше зупинимося на бар'єрах, які ставить перед людиною інвалідність, виділені О.І. Холостовою та Н.Ф. Дементьєвою [25]. У першу чергу можна говорити про фізичне обмеження, або ізоляції інваліда, це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар’єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище. Це обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

**Другий бар'єр** – це трудова сегрегація, або ізоляція інваліда: через свою патологію індивід з обмеженими можливостями має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім. У ряді випадків інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам представляються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, що передбачають монотонну, стереотипну працю та невисоку заробітну плату. Таке положення обумовлене не тільки (або не стільки) обмеженістю їх індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з особливими потребами. В умовах "дикої" ринкової економіки адаптація робочих місць для таких індивідів розглядається роботодавцями як невигідна й небажана.

**Третім бар'єром** у житті інвалідів виступає малозабезпеченість, що є наслідком соціально-трудових обмежень: ці люди змушені існувати або на невисоку заробітну плату, або на допомогу (яке теж не може бути достатнім для забезпечення гідного рівня життя індивіда). Втім, в останні роки з'явилися особи із числа підприємців, що одержали інвалідність внаслідок травми, терористичного акту й таке інше. Фінансові обмеження не є для них значимими. Проте подолання всіх інших бар'єрів вимагає від них малих зусиль.

Важливим і досить важко подоланим бар'єром для інваліда є просторово-середовий. Навіть у тих випадках, коли особа з фізичними обмеженнями має засоби пересування (протез, крісло-коляска, спеціально обладнаний автомобіль), сама організація житлового середовища й транспорту не є поки дружньої до інваліда. Бракує встаткування й пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування. Люди із сенсорними порушеннями відчувають дефіцит спеціальних інформаційних засобів, що сповіщають про параметри навколишнього середовища. Для осіб з інтелектуально-психічними обмеженнями відсутні можливості орієнтуватися в середовищі, безпечно пересуватися й діяти в ній.

Імовірно, для всіх типів інвалідів важливою перешкодою представляється інформаційний бар'єр, що має двосторонній характер. Інваліди утруднені в одержанні інформації як загального плану, так і тієї що має безпосереднє значення для них (вичерпні відомості про свої функціональні порушення, про міри державної підтримки інвалідів, про соціальні ресурси їхньої підтримки). Це викликано й економічними причинами (наприклад, неможливість купити або відремонтувати телевізор або радіоприймач, передплатити газету), і дефіцитом спеціальних носіїв інформації (телепередачі із сурдоперекладом, книги брайлівського шрифту, касети й диски для сліпих і таке інше), і нерозвиненістю сучасних глобальних інформаційних систем (Інтернет) у нашій країні. Звичайно, структурована інформація потрібна тільки тим інвалідам, які мають збережений або відносно збережений інтелект, якийсь мінімальний рівень здатностей до пізнання, критичної оцінці навколишньої дійсності й до самооцінки. Дефіцит інформації або її недостатня насиченість можуть привести до необоротного вгасання інтелектуальних здатностей таких осіб. З іншого боку, існує інформаційний бар'єр, що відгороджує суспільство від інваліда: особам з обмеженими можливостями набагато складніше презентувати свої погляди й позиції, донести до суспільства свої потреби й інтереси. Тому можуть виникати перекручені погляди про потреби інвалідів, особливостях їх особистості. На основі таких перекручених поглядів виникають забобони й фобії, що ускладнює комунікації між інвалідом і соціумом [35-50].

Емоційний бар'єр також є двостороннім, він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій навколишніх із приводу інваліда – цікавості, глузування, незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброзичливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення обвинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин інваліда і його соціального середовища. І сам індивід з обмеженими можливостями, і його найближче оточення гостро мають потребу в тому, щоб емоційний фон їх взаємин були нормалізовані.

Нарешті, комплексний характер має комунікативний бар'єр, що обумовлений кумуляцією дії всіх перерахованих вище обмежень, що деформують особистість людини. Розлад спілкування, одна з найбільш важких соціальних проблем інвалідів, є наслідком і фізичних обмежень, і емоційної захисної самоізоляції, і випадання із трудового колективу, і дефіциту звичної інформації.[44]

З метою гуманізації та демократизації суспільних процесів поняття інвалід заміняється таким поняттям як "людина з обмеженими можливостями".

Основними причинами інвалідизації є:

* травма під час пологів, неврологічні порушення, що виникли в період пологів;
* соматичні захворювання (онкологічні, інфекційні т таке інше);
* травми різного характеру (опіки, механічні травми і таке інше);
* вроджені патології (генетичні порушення, алкогольне ураження плоду і таке інше).

За видами розрізняють вроджену та придбану інвалідність. Природжена інвалідність є результатом порушення внутріутробного розвитку плоду, а також родовою травмою; придбана інвалідність виникає в пізньому періоді після народження в результаті хвороби або травми. Великий ризик набуття інвалідності припадає від народження до трьох років.

В основі класифікації інвалідів лежать:

1. Причини, що викликали інвалідність, наприклад, природжена патологія, хвороба, травма та ін.
2. Тривалість інвалідності – тимчасова, довгострокова, постійна.
3. Характер пошкодження, наприклад, функціональна обмеженість, порушення соціальної поведінки та ін.
4. Наслідки для самої особистості – обмеження або втрата незалежності, соціальної інтеграції, професійних можливостей і таке інше.
5. Наслідки для сім'ї – необхідність догляду за інвалідом, фінансове навантаження на сім'ю, порушення соціальних зв'язків.
6. Наслідки для суспільства – необхідність фінансової підтримки, втрата працездатного члена суспільства та ін.
7. Ступінь зниження працездатності – обмеженість в самообслуговуванні, можливість участі в трудовому процесі та інше [63].

За ступенем виразності функціональні розлади підрозділяють на:

* помірно виражені;
* виражені;
* значно виражені.

Здатність до самообслуговування – це здатність самостійно задовольняти основні фізіологічні потреби, виконувати повсякденну побутову діяльність і навички особистої гігієни.

Здатність до самообслуговування включає:

* задоволення основних фізіологічних потреб;
* дотримання особистої гігієни: миття обличчя, усього тіла, волосся, причісування, чищення зубів, підстригання нігтів, гігієна після фізіологічних відправлень;
* вдягання й роздягання верхнього одягу, нижньої білизни, головних уборів, рукавичок, взуття, користування застібками (ґудзика, гачки, "блискавки");
* готування їжі: чищення, миття, різання продуктів, їхня теплова обробка, користування кухонним інвентарем;
* прийняття їжі: можливість підносити їжу до рота, жувати, ковтати, користуватися столовими приладами й посудом;
* виконання повсякденних побутових потреб: покупка продуктів харчування, предметів одягу й побуту;
* користування постільною білизною й іншими постільними принадлежностями, заправлення постелі;
* прання, чищення, ремонт білизни, одягу й інших предметівпобуту;
* користування побутовими пристосуваннями й приладами (замки, запори, вимикачі, крани, праска, телефон, побутові електро-газові прилади, сірники й інше);
* прибирання приміщення (підмітання й миття підлоги, вікон, витирання пилу й інше).

При визначенні здатності інваліда до самообслуговування можливі наступні градації:

* обслуговує себе повністю;
* обслуговує себе частково;
* не може себе обслужити.

При характеристиці стану мобільності інваліда можливі три градації:

* здатність до самостійного пересування;
* змушений користуватися для пересування допоміжними пристосуваннями;
* не здатен до самостійного пересування.

Аналіз установлення здатності інваліда до збору й обробки інформації дозволяє виділити три градації:

* здатен до збору й обробки інформації;
* здатен до збору інформації при відсутності здатності до її обробки;
* не здатен до збору й обробки інформації. Здатність до орієнтації включає:
* здатність до визначення часу по загальноприйнятих ознаках (час доби, пора року й інше);
* здатність до визначення місцезнаходження по просторових орієнтирах, звукам;
* здатність правильно визначати місця зовнішніх об'єктів, події й себе самого стосовно тимчасових і просторових орієнтирів;
* здатність до орієнтації у власній особистості, схемі тіла, розрізнення правого й лівого й інше;
* здатність до сприйняття й адекватного реагування на інформацію (вербальну, невербальну, зорову, слухову, смакову, отриману шляхом нюху й дотику), розумінню зв'язків між предметами і явищами.

Параметрами при оцінці здатності до орієнтації є:

1. стан системи орієнтації (зору, слуху, дотику);
2. стан системи комунікації (мови, письма, читання);
3. здатність до сприйняття, аналізу і адекватного реагування на одержувану інформацію;
4. здатність до орієнтації у власній особистості і зовнішніх по відношенню до неї тимчасових умов.

Здатність до спілкування включає:

* здатність до сприйняття іншої людини (здатність відображати її емоційні, особистісні, інтелектуальні особливості);
* здатність до розуміння іншої людини (здатність осягти зміст і значення її вчинків, дій, намірів і мотивів);
* здатність до обміну інформацією (сприйняттю, переробці, зберіганню, відтворенню й передачі інформації);
* здатність до вироблення спільної стратегії взаємодії, що включає розробку, проведення й контроль за виконанням планованого, з можливістю при необхідності коректуванням.

Параметрами оцінки обмежень здатності до спілкування можуть бути:

1. здатність говорити (плавно вимовляти слова, розуміти мова, вимовляти й робити вербальні (словесні) повідомлення, передавати зміст за допомогою мови);
2. здатність слухати (сприймати усне мовлення, вербальні й інші повідомлення);
3. здатність до символічної комунікації - невербальному спілкуванню: розуміти знаки й символи, коди, читати карти, діаграми, приймати й передавати інформацію за допомогою міміки, жестів, графічних, зорових, звукових символів, тактильних відчуттів.

Розрізняють 5 категорій інвалідів з наступними порушеннями:

1. фізичні недоліки, а саме порушення опорно-рухового апарату;
2. порушення інтелекту і психічні захворювання;
3. порушення функцій слуху (глухі та слабочуючі);
4. порушення функцій зору (сліпі та слабозорі);
5. порушення роботи внутрішніх органів тобто інваліди по "загальному" захворюванню (цукровий діабет, бронхіальна астма, онкохворі та інше).

Залежно від ступеня втрати здоров'я дорослим встановлюється одна з трьох груп інвалідності:

І група інвалідності – особа, яка повністю втратила працездатність і вимагає постійної опіки;

ІІ група інвалідності – особа здатна до самообслуговування, але не здатна до праці в звичайних виробничих умовах;

ІІІ група інвалідності – встановлюється тим, хто здатен працювати в полегшених умовах [70].

Людей з особливими потребами поділяють ще й за причиною отримання інвалідності на: інвалідів з дитинства, загального захворювання, праці, війни, армії, Чорнобиля.

## 1.2. Основні аспекти діяльності соціальних служб для молоді з інвалідністю

Соціальна підтримка молоді з особливими потребами є одним з пріоритетних напрямків діяльності центрів по наданню соціальної допомоги інвалідам, що закріплена за ними в Законі України “Про сприяння соціальному становленню і розвитку молоді в Україні”.

Головною метою соціальної роботи з молоддю із вадами здоров’я є створення умов для їх соціальної адаптації та самореалізації. Соціальна робота передбачає взаємодію двох пріоритетних аспектів діяльності: з одного боку – це діяльність соціальних інститутів, спрямована на розкриття творчого потенціалу інвалідів, а з іншого – це надання різноманітних видів соціальної допомоги різним категоріям людей з вадами здоров’я.

Тому завданням соціальної роботи з молоддю, що мають функціональні обмеження, є вирішення проблем інвалідів шляхом теоретичного дослідження, узагальнення практичного досвіду роботи, побудова конкретних соціальних моделей інвалідності, прогнозів щодо застосування розробок в цій галузі на практиці, адміністративних новацій та інше.

Аналіз методологічних та теоретичних основ досліджуваної проблеми показав, що специфіка соціальної роботи з молоддю, що маютьфункціональні обмеження, була у центрі уваги педагогів, психологів, соціальних працівників [9].

Проте, доводиться констатувати, що спеціальних досліджень з проблем соціальної роботи з молоддю, що мають функціональні обмеження, як цілісного інтегративного соціально-педагогічного явища не було виявлено. Не з’ясованими залишаються умови формування особистості людини, що має функціональні обмеження, узагальнення практичного досвіду роботи з інвалідами, вишукування можливостей для більш повного забезпечення матеріально-технічної бази інвалідів.

Соціальна робота з молоддю з інвалідністю є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи, в основі якої — правові основи соціального захисту населення, система державних і недержавних закладів і установ, форми, методи соціальної роботи, соціальні технології і технології соціальної роботи, зміст і специфіка яких визначається рівнем обмеження життєдіяльності людини, а також повноваженнями організацій соціальної сфери, рівнем кваліфікації працівників, досвідом роботи, фінансуванням, ресурсами тощо [37].

Поява у нашій державі системи соціальних служб для молоді з інвалідністю зумовила необхідність створення умов для використання збереженого інтелектуального та фізичного потенціалу дітей та молоді, розробки і впровадження у практику соціальної допомоги нових форм і методів роботи з цією категорією осіб. При цьому специфіка діяльності ССМ розглядалася не як альтернативна наявній системі спеціального навчання, виховання і соціального захисту, а така, що є допоміжною, з метою інтеграції дітей-інвалідів та молодих інвалідів у суспільство, створення для них рівних можливостей [6].

Протягом кількох років діяльність соціальних служб для молоді з інвалідністю у напрямі соціальної підтримки дітей-інвалідів і молоді з інвалідністю здійснювалася відповідно до положення ст. 6 Закону "Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні" і Програми організації діяльності ССМ щодо соціальної роботи з дітьми і молоддю з особливими потребами. Програма передбачала розробку, впровадження і реалізацію регіональних соціальних програм з питань соціальної реабілітації дітей-інвалідів, розробку комплексу взаємопов'язаних заходів з метою ефективної соціальної реабілітації дітей-інвалідів; визначення трьох основних напрямів діяльності соціальних служб: соціальної профілактики, соціального обслуговування, соціальної реабілітації.

Професійна та добровільна діяльність, спрямована на гармонізацію особистості інваліда у суспільстві, здійснюється у загальному контексті роботи соціальних служб. Специфіка соціальної роботи реалізується на рівні індивідуальної роботи, коли враховуються особливі потреби дитини або молодої людини, специфіка рівня життєдіяльності, психофізичних можливостей, розвитку духовної та інтелектуальної сфер людини [12].

Соціальна робота є невід’ємним елементом розбудови соціальної політики держави, яка в свою чергу є складовою частиною державної політики. Держава трансформує цінності та норми поведінки своїх громадян. Держава регулює відносини людей, що виникають під час пошуку сенсу життя, усвідомлення власної ролі та місця в світі. Але в будь-якому суспільстві завжди є певні соціальні групи, які не в змозі забезпечити себе в силу різних причин необхідними ресурсами, рівень забезпечення яких нижчий за мінімальні соціальні стандарти. Такі люди потребують особливого соціального захисту з боку держави, а саме люди з функціональними обмеженнями.

Соціальна робота має забезпечити відновлення та стабільність способу життя, притаманного суспільству. Всі члени суспільства мають жити за певними загальними правилами. Збереження та репродукція цих правил і є завданням соціальної роботи [23].

Незважаючи на різні підходи до визначення поняття “соціальна робота” всі вони сходяться на тому, що соціальна робота є перш за все діяльністю, яка містить у собі дім, способи здійснення, ресурси, за рахунок яких вона виконується і дає відповідні результати. У проекті Закону України “Про соціальну роботу з дітьми, молоддю, жінками та окремими категоріями сімей” сформульовані поняття видів соціальної роботи, що стосуються людей з особливими потребами, а саме:

* Соціальне обслуговування – соціальна робота, яка спрямована на здійснення системи заходів щодо задоволення різноманітних потреб з метою гармонійного та всебічного розвитку дітей, молоді та сімей;
* Соціальний патронаж – соціальна робота, яка спрямована на здійснення системи заходів щодо підтримки умов, достатніх для забезпечення життєдіяльності соціально незахищених верств населення з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу;
* Соціальна профілактика – соціальна робота щодо попередження аморальної, протиправної, іншої асоціальної поведінки, виявлення та запобігання будь-якому негативному впливу та його наслідків на життя і здоров’я людей з обмеженими можливостями;
* Соціальна реабілітація – соціальна робота на відновлення морального, психічного та фізичного стану інвалідів, сімей, в яких вони виховуються, приведення індивідуальної та колективної поведінки до загальновизнаних суспільних правил і норм [45].

Водночас з урахуванням реальної ситуації в Україні розроблено цілу систему соціального захисту інвалідів. Це, зокрема:

* Пенсійне забезпечення;
* Державне соціальне страхування;
* Державна соціальна допомога;
* Система пільг та компенсацій як соціальна підтримка;
* Соціальний захист потерпілих від Чорнобильської катастрофи;
* Фінансове забезпечення програм соціального захисту інвалідів;
* Медичне забезпечення інвалідів;
* Освіта інвалідів;
* Соціальна і професійна реабілітація тощо.

Характер соціальної роботи з молоддю з інвалідністю випливає із специфіки життєдіяльності такої людини, а це, у свою чергу, вказує на індивідуалізацію форм і методів роботи. Так, діти з обмеженими можливостями до взаємостосунків поступово включаються в процеси інтеграції тільки разом зі своїми батьками або під постійним контролем та наглядом соціального педагога. Діти, які мають комунікативні труднощі, потребують спеціальної допомоги у сурдоперекладі, володінні спеціальними озвученими путівниками, слуховими апаратами, азбукою Брайля та застосуванні засобів альтернативного спілкування, які доступні дітям з нормальним фізичним розвитком. Є ще одна група дітей, що має проблеми із самообслуговуванням та потребує догляду, допомоги, спеціальних пристосувань, а також формування таких якостей, що прискорюють процес адаптації та соціалізації: акуратність, охайність, самостійність, прагнення до взаємодії й співпраці. Дітям з обмеженнями орієнтації та витривалості необхідний сторонній постійний нагляд або догляд, інколи навіть медичного працівника. Для таких дітей особливо важливим є створення умов, за яких додержуються певні вимоги і належний температурний режим, освітлення, кількість осіб у приміщенні [54].

Одним із важливих методів соціальної роботи щодо діяльності з молоддю з інвалідністю є метод стимулювання прогресивної громадської думки стосовно формування в суспільстві позитивного й гуманного ставлення до цієї категорії дітей та молоді, їх сімей, створення атмосфери доброзичливості та розуміння їхніх проблем.

Соціальний працівник виступає посередником між сім’єю, державою, громадськими організаціями та законодавчими органами. Завдання соціального педагога полягає в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть досягненню індивідом своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкої адаптації. Слід створити атмосферу безперечної ситуації, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Тільки за таких умов людина може виявити себе всебічно.

**Діяльність соціального працівника** – це зона довіри між людьми, шлях до взаєморозуміння, взаємодопомоги, взаємовідповідальності.

Надзвичайно важливою в такому спілкуванні є тактовність – уміння відчувати межу, за якою в результаті наших слів чи дій починається незаслужена образа. Нав’язуваність, настирливість, навіть якщо вони є результатом найкращих поривань, викликають негативну реакцію. Почуття міри, яке дозволяє проявити повагу до гідності клієнта і водночас проявити власну гідність, – це може бути справжнім проявом тактовності.

**Толерантність** (або терпимість) – здатність зрозуміти і вибачити недоліки людини, сприймати людей такими, якими вони є. Це одна із важливих вимог до соціального педагога.

Доброзичливість дозволяє не лише наблизити до себе клієнта, допомогти йому розкритися, проявити свої позитивні якості, але й допомагає створити атмосферу доброзичливості і взаємної довіри в соціумі.

Справедливість в діяльності соціального працівника передбачає об’єктивність в оцінці й аналізі ситуацій. Об’єктивно сприймаючи клієнта, професіонал бачить не лише його кращі якості і недоліки, але і його можливості у вирішенні проблем.

Прагнення пізнати іншу людину, зацікавленість, небайдуже ставлення до особистості клієнта, його життєвої ситуації, особливостей його характеру і мислення є одним із чинників, які роблять працю соціального педагога більш продуманою і результативною, і які дають змогу збирати й аналізувати цілісний досвід практичної діяльності.

Товариськість передбачає вміння завоювати прихильність до себе, зацікавити і є умовою налагодження контактів з клієнтами і колегами по роботі. Цьому також сприяє мистецтво красномовства, як домінуючий чинник взаємодії.

Здатність і вміння співпереживати допомагають не лише зрозуміти проблеми клієнта, але й виконують психотерапевтичну роль, оскільки клієнт відчуває співчуття і підтримку.

**Емпатія** – пізнання емоційного стану, проникнення, відчуття переживань іншої людини. Тому ця якість є одним із інструментів у роботі спеціаліста соціально-виховної сфери, який допомагає краще зрозуміти своїх партнерів по спілкуванню, по співпраці.

Важливою якістю соціального працівника є вміння логічно мислити, правильно формулювати свої думки. І це допомагає не лише налагоджувати професійно активну взаємодію спеціаліста і клієнта, але й дозволяє уникнути непотрібних непорозумінь чи конфліктів і образ.

Впевненість у своїх знаннях і діях, цілях і принципах діяльності дозволяє проявляти рішучість і самостійність у прийнятті рішень, привертає до себе клієнтів і партнерів по роботі і спілкуванні. Крім того, впевненість у собі і своїй професії є тим стрижнем особистості соціального педагога, який робить людину і її дії усвідомленими і цілеспрямованими в діяльності і дає їм змогу відчувати себе фахівцем, який приносить користь людям і суспільству.

Впевненість у собі, своїх знаннях і діях повинна бути підтверджена реальними професійними знаннями, а також знаннями і розумінням етичних категорій і цінностей професії. Необхідна і операційно-технологічна готовність, яка передбачає знання способів діяльності і уміння їх застосовувати.

Щоб спеціаліст міг залишатися на сучасному професійному рівні, необхідне постійне самовдосконалення як у професійному, так і в особистому плані. Але для цього недостатньо лише одного прагнення до самовдосконалення, необхідно володіти відповідними уміннями і навичками та проявляти творчу активність. При цьому чимале значення має гнучкість і варіативність мислення, яке сприяє розвитку творчого підходу до професійної діяльності соціального педагога.

Принциповість включає відданість професійним цінностям і послідовність у реалізації цих цінностей. Ця якість є одним із показників моральної стійкості людини та її внутрішньої переконаності щодо правильності обраного нею шляху.

Соціальне обслуговування здійснюється за рішенням органів соціального захисту населення в підвідомчих їх установах або за договорами, укладеними органами соц. захисту з установами соціального обслуговування інших форм власності. Соціальні послуги надаються виключно за згодою людей, що потребують них, особливо коли мова йде про приміщення їх в стаціонарні установи соціального обслуговування. У цих установах за згодою обслуговуваних може бути організована і трудова діяльність на умовах трудового договору. Особи, які уклали трудовий договір, отримують право на щорічну оплачувану відпустку тривалість 30 календарних днів.

Законом передбачаються різні форми соціального обслуговування, у тому числі:

**1. Соціальне обслуговування вдома.** Є однією з основних форм соціального обслуговування, спрямованої на максимально можливе продовження перебування громадян у звичній соціальному середовищі з метою підтримки їх соціального статусу, а також захист їх прав та законних інтересів. Соціальне обслуговування вдома здійснюється відповідними відділеннями, створюваними в муніципальних центрах соціального обслуговування або при органах соціального захисту. Особам, що страждають психічними розладами в стадії ремісії, туберкульозом в неактивній формі, важкими захворюваннями, в тому числі і онкологічними, проводиться медико-соціальне обслуговування вдома, здійснюване спеціалізованими відділеннями муніципальних центрів соціального обслуговування або при органах охорони здоров'я. У штати відділень вводяться медичні працівники.

**2. Напівстаціонарне соціальне обслуговування у відділеннях денного (нічного) перебування громадян в установах соціального обслуговування.** Включає соціально-побутове, медичне та культурне обслуговування громадян, організацію їх харчування, відпочинку, забезпечення їх участі в посильній трудовій діяльності і підтримку активного способу життя. На напівстаціонаре соціальне обслуговування приймаються громадяни, які зберегли здатність до самообслуговування і активного пересування, які не мають медичних протипоказань до зарахування на соціальне обслуговування.

**3. Стаціонарне соціальне обслуговування.** Стаціонарне соціальне обслуговування спрямоване на надання різнобічної соціально-побутової допомоги громадянам, частково або повністю втратив здатність до самообслуговування і потребують за станом здоров'я постійного догляду та спостереженні, а також на створення їм найбільш адекватних умов життєдіяльності, проведення реабілітаційних заходів, забезпечення догляду, медичної допомоги, організацію та дозвілля.

Здійснюється з метою надання невідкладної допомоги разового характеру громадянам, які гостро потребують соціальної підтримки, і включає наступні соціальні послуги: разове забезпечення гарячим харчуванням, одягом, взуттям, матеріальною допомогою, сприяння в отриманні тимчасового житлового приміщення, організацію юридичної допомоги, роботу з сім'ями, організацію дозвілля, консультативну допомогу в навчанні, профорієнтації та працевлаштування інвалідів, забезпечення координації діяльності державних установ та громадських об'єднань для вирішення проблем інвалідів, правову допомогу та ін.

**4. Соціально-консультативна допомога.** Направлення на адаптацію інвалідів у суспільстві, ослаблення соціальної напруженості, створення сприятливих стосунків у сім'ї, а також на забезпечення взаємодії особистості, сім'ї, суспільства і держави. Організацією та координацією соціально-консультативної допомоги займаються муніципальні центри соціального обслуговування, а також органи соціального захисту населення, які створюють для цих цілей відповідні підрозділи.

Основу соціального обслуговування інвалідів у соціальних службах для молоді становить мобілізація джерел психологічної, соціально-педагогічної та правової соціальної допомоги молоді з інвалідністю та членам їхніх сімей. Реалізація цього напрямку роботи здійснюється через проведення соціально-педагогічного патронажу сім'ї, яка виховує дитину-інваліда; соціальну допомогу молоді з інвалідністю, які мають потреби у лікуванні, догляді, фінансовій підтримці; соціальну допомогу дітям-сиротам і дітям, які залишилися без піклування батьків [59].

Отже, зміст соціальної допомоги молоді з інвалідністю полягає:

– у наданні соціальних послуг у нагляді і догляді за непрацездатними інвалідами молодого віку, забезпеченні їх продуктами харчування, ліками, одягом, наданні їм допомоги у пересуванні, бібліотечному обслуговуванні з залученням добровільних помічників;

– наданні інформаційно-консультативних послуг з правових питань, організації культурно-дозвільної діяльності, медичної реабілітації, працевлаштуванні;

– наданні допомоги у вирішенні проблем соціальної адаптації та реадаптації, відновленні соціального здоров'я, розв'язанні проблем соціального неблагополуччя та соціальних відхилень, які є наслідком інвалідності через проведення індивідуального психологічного консультування, тренінгів особистісного зростання, консультацій з правових питань та ін.;

– стимулюванні само- та взаємопідтримуючої діяльності шляхом створення груп взаємодопомоги.

Чимало молоді з інвалідністю не можуть забезпечити себе матеріально через непрацездатність. Тому для них організовується клубна робота, заняття художньою творчістю, плідною працею. З цією метою проводяться курси з плетіння ґерданів, мережива, виробів з бісеру, виготовлення іграшок і штучних квітів. Творчі заняття справляють психолого-педагогічний вплив на особистість, сприяють згуртуванню інвалідів, об'єднанню їх у неформальні групи. Для молоді, яка має функціональні обмеження та вади психічного розвитку, соціальні служби організовують центри праці, творчі лабораторії, реалізують проекти з надомної праці. Такі форми роботи поліпшують соціальне самопочуття інвалідів, сприяють їх інтеграції у суспільстві.

**Соціальна робота з інвалідами** – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики моделей даного виду допомоги. Специфіка такого підходу викликає необхідність корінної зміни ставлення до людей, що мають функціональні обмеження, які потребують також і належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

## 1.3Специфіка технологій соціальної роботи з молоддю з інвалідністю

Технології соціальної роботи з молоддю з інвалідністю припускають послідовність дій фахівця з соціальної роботи, заснованих на його професійній майстерності, індивідуальних технік, спрямованих на активізацію особистісних ресурсів людини з обмеженими можливостями і досягнення його виходу з важкої життєвої ситуації. Результатом застосування технологій соціальної роботи є повне або часткове відновлення здібностей інваліда до побутової, суспільної та професійної діяльності.

Технології соціальної роботи з молоддю з інвалідністю істотно розрізняються за своїм змістом. Назвемо найбільш важливі, які частіше застосовуються в практичній діяльності фахівця з соціальної роботи: технологія соціальної реабілітації, соціальної адаптації, соціальної терапії, соціальної діагностики та ін.

Важливу роль у формуванні та розвитку технологій соціальної роботи з інвалідами має соціальна діагностика. Вона є методичним інструментом, що дає спеціалісту з соціальної роботи необхідні знання, на підставі яких ставиться соціальний діагноз проблеми інваліда, вибираються технології соціальної роботи, що дозволяють вирішити наявні труднощі в життєдіяльності молоді з інвалідністю.

**Соціальна діагностика**– інтегративна технологія, яка включає в себе сукупність методів, прийомів і передбачає готовність фахівця з соціальної роботи розпізнавати особистісні ресурси інваліда, резервні можливості його соціального оточення, що забезпечують досягнення успіхів у відносинах з людьми, самореалізації інваліда в різних сферах.

Таким чином, соціальна діагностика вивчає діяльність і поведінку інваліда в повсякденному житті, причини його важкої життєвої ситуації і виявляє зміни в ній у процесі надання соціальних послуг. Метою соціальної діагностики є встановлення спеціалістом з соціальної роботи об'єктивного соціального діагнозу проблеми інваліда та оформлення висновку. Аналіз проблеми інваліда здійснюється за допомогою трьох способів. По-перше, фахівець з соціальної роботи на основі результатів соціально-діагностичних методів конкретизує причини і хід розвитку проблеми клієнта. По-друге, характеризує готовність інваліда до вирішення проблеми (наявність соціальних умінь і навичок, знань і соціального досвіду), описує його взаємодію з членами сім'ї, друзями в даний час. По-третє, систематизує всю інформацію про сім'ю (структура, соціальне і економічне становище, міжособистісні відносини членів сім'ї), виробничому колективі, куди входить інвалід. При описі сім'ї особлива увага приділяється психологічному мікроклімату і економічним умовам, які впливають на діяльність інваліда і його готовність до вирішення проблеми.

Виявлення соціальних умінь і навичок молоді з інвалідністю, визначення рівня їх сформованості здійснюється за допомогою методів соціальної діагностики: спостереження, анкетування, інтерв'ювання, обстеження житлово-побутових умов, аналізу документів.

Застосовуючи метод спостереження, фахівець з соціальної роботи може визначити ставлення інваліда до конкретного виду діяльності. Для отримання уявлення, наприклад, про включеність інваліда в суспільно-корисну діяльність він звертає увагу на такі обставини:

* Громадянин з обмеженими можливостями сам активно включається в різні види суспільно-корисної діяльності, проявляє ініціативу в її організації та відповідальність (відзначаємо, як він здійснює діяльність, що він робить);
* Виконує суспільно-корисну діяльність за допомогою іншого (до кого найчастіше звертається за допомогою);
* Ухиляється від різних видів суспільно-корисної діяльності.

Таким чином, технологія соціальної діагностики сприяє виявленню причин виникнення проблеми молоді з інвалідністю, його ресурсів і потенційних можливостей. Соціальний діагноз, як результат реалізації соціально-діагностичних методів, відображає індивідуальні особливості громадянина з обмеженими можливостями, включає рекомендації до вибору заходів щодо його соціальної реабілітації [7].

**Технологія соціальної реабілітації** – послідовність дій фахівця з соціальної роботи складається з комплексу методів, прийомів і процедур, сприяють відновленню соціального статусу інваліда, досягнення його матеріальної незалежності. Вона включає соціально-побутову, соціально-середовищну орієнтацію, соціокультурну, соціально-педагогічну, соціально-психологічну реабілітацію, фізкультурно-оздоровчі заходи і спорт.

**Соціально-побутова** – передбачає формування готовності громадянина з обмеженими можливостями здоров'я до самообслуговування, пересування і розвиток у нього самостійності при орієнтації в часі і просторі (орієнтування на місцевості, знання інфраструктури мегаполіса, міста, сільського поселення).

**Соціально-середовищна орієнтація** – процес підготовки інваліда до виконання ним громадської, сімейної і трудової діяльності, в ході якого клієнт розвиває умінні і навички спілкування, самоконтролю, уміння планувати свій бюджет і т.д.

Однією з основних форм розвитку соціальних умінь і навичок молоді з інвалідністю може бути практичне заняття. Дана форма навчання, проводиться під керівництвом фахівця з соціальної роботи і служить для закріплення соціальних умінь і навичок у сфері організації харчування, догляду за тілом, одягом і взуттям, за житлом. Клієнти вивчають підприємства та установи обслуговування населення, способи проведення дозвілля. На практичних заняттях фахівець з соціальної роботи здійснює їх підготовку до самостійного сімейного життя.

Важливою формою закріплення умінь і навичок молоді з інвалідністю є екскурсії. Вони можуть підрозділятися на екскурсії-спостереження і практикуми відповідно до ролі інваліда (спостерігача або практика) під час відвідання установи.

**Екскурсія-спостереження** може проводитися для ознайомлення з досліджуваним об'єктом (магазин, пошта, бібліотека та ін.) у молоді з інвалідністю під час її проведення формуються уявлення про соціальну інфраструктуру. Даний вид екскурсії необхідно організовувати таким чином, щоб вони не тільки спостерігали об'єкти, але і обов'язково могли самі здійснювати певні дії, бачачи особистий приклад фахівця з соціальної роботи, оточуючих людей. Наприклад, при відвідуванні магазину у них розвиваються не тільки навички орієнтації в торговому залі, здобуваються знання про призначення різних відділів, вміння вибрати товар, відповідний йому за ціною, попросити необхідний товар у продавця, сплатити покупку і т.п. Екскурсія дозволяє включити людину з обмеженими можливостями здоров'я в соціальне середовище, максимально наблизити його до природних умов організації життєдіяльності.

**Екскурсія-практикум** передбачає організацію застосування молодим інвалідом соціальних умінь і навичок в реальній ситуації. Наприклад, вхід в магазин, вибір ним покупки, розрахунок свого бюджету і оплата товару виконується ним самостійно, фахівець з соціальної роботи тут присутній в якості спостерігача.

Розвиток соціальних умінь і навичок молоді з інвалідністю відбувається за допомогою соціокультурної реабілітації. Вона реалізується за допомогою соціальних інститутів: держави, сім'ї, церкви тощо), традицій, духовних цінностей, які виконують функцію соціальної орієнтації громадянина з інвалідністю здоров'я в суспільстві і сформовані шляхом підсумовування соціального досвіду багатьох поколінь.

Соціокультурна реабілітація молоді з інвалідністю в цьому випадку здійснюється за допомогою духовних цінностей переданих йому у творчій формі. У людини з обмеженими можливостями здоров'я з'являється почуття радості від побаченого, бажання спробувати себе в ролі актора, музиканта, конкурсанта, учасника гуртка, студії, клубу та ін.

Формами соціокультурної реабілітації молоді з інвалідністю є: концерти художньої самодіяльності; вернісажі виставок образотворчого творчості; заняття музично-драматичного колективу, вокальної студії, школи ремесел, студії «Декоративний костюм», в гуртках вишивання, в'язання, шиття, скульптури, хореографічної студії.Цілісне уявлення інваліда про світ і життя молоді відбувається в результаті відвідування закладів культури і мистецтва: театрів, музеїв, концертів, вихід в кіно і т.д.[11].

**Технологія соціальної адаптації**– це послідовність дій і способів взаємодії фахівця з соціальної роботи та інваліда з допомогою індивідуальних і групових форм соціальної роботи (ігри, соціальні тренінги та ін.), що сприяють розвитку умінь і навичок включення в середу життєдіяльності. Соціальна адаптація включає інваліда в доступну соціально-професійну сферу і процес придбання умінь, навичок спілкування в малій групі. Соціальну адаптацію одночасно розглядають як соціальну технологію, процес і результат.

Соціальна адаптація крім усього включає інваліда в малу групу і середовище життєдіяльності, сприяє засвоєнню їм сформованих норм, відносин, зразків поведінки. Молодь, що має інвалідність, знаходиться в пошуку соціального середовища, яка сприятлива для його самореалізації, розкриття ресурсів. Результатом соціальної адаптації молоді з інвалідністю є поява почуття задоволеності життям, відносинами з близьким оточенням, зростання творчої активності, досягнення успіху в спілкуванні та спільній діяльності малої групи і середовищі життєдіяльності.

Застосування технологій соціальної адаптації молоді з інвалідністю дозволяє йому відчувати себе вільно в малій групі і включатися в різні види діяльності. Це дозволяє збагачувати свій внутрішній світ за допомогою нових цінностей і соціальних норм, використовувати соціальний досвід при організації діяльності в малій групі.

Виділяють кілька рівнів соціальної адаптації людини з інвалідністю до соціального середовища: високий, середній і низький.

**Високий рівень** соціальної адаптації характеризується творчим відношенням до сформованим в середовищі нормам і стереотипам (він вносить пропозиції щодо поліпшення спілкування, розвитку толерантності при вибудовуванні міжособистісних відносин в малій групі). Молодь з інвалідністю засвоює цінності і норми незалежного життя, беручи участь у соціальних, політичних та економічних процесах, вільному виборі та доступі до житлових, суспільних будинків, транспорту, засобам комунікації, страхуванню, праці й освіті [18].Інвалід сам здатний визначати і приймати рішення, керувати ситуаціями, у нього є життєві плани і перспективи. Він задоволений своїм способом життя, прагне змінити свої його недоліки, проявляє ініціативу щодо їх усунення, є активним учасником громадського життя. Для високого рівня соціальної адаптації інваліда характерно досягнення ним повного самообслуговування, високого рівня санітарної грамотності, чіткого виконання лікувальних процедур.

В інваліда з **середнім рівнем** соціальної адаптації відбувається пристосування до норм і цінностей малої групи без їх зміни, засвоєння загальноприйнятих форм і способів життєдіяльності, властивих для даного оточення (сім'я, клубне об'єднання, друзі, актив громадської організації). Як правило, він включається в діяльність і спілкування за допомогою іншої особи (одного з батьків, одного, фахівця з соціальної роботи), у нього може бути незначно або помірно знижений рівень самообслуговування.

Для **низького рівня** соціальної адаптації молоді з інвалідністю характерно прояв самоізоляції, самітництва, обмеження контактів з людьми з причини відсутності бажання спілкуватися, встановлювати відносини. Він не вміє вести діалог з опонентом, вступає з ним у конфлікт. У нього спостерігається значне зниження соціальних умінь і навичок з самообслуговування, відсутній або значно обмеженийдозвіл, трудова, професійна діяльність, в поведінці відзначається залежність від інших осіб, відсутня ініціатива і самостійність у подоланні життєвих труднощів [62].

Успішній реалізації технології соціальної адаптації молоді з інвалідністю сприяють наступні умови: по-перше, оточення людини з обмеженими можливостями здоров'я сприяє реалізації його потреб, розвитку індивідуальності, по-друге, коли організаційна культура малої групи будується на прояві дружньої підтримки, поваги, відповідальності, зацікавленості в кожній людині, по-третє, оточення інваліда визнає і дає позитивну оцінку досягаються ним результатів, по-четверте, забезпечує участь громадянина з обмеженими можливостями здоров'я в соціальному та культурному житті малої групи і середовищі життєдіяльності.

Технологія соціальної адаптації інвалідів може реалізовуватися і за допомогою таких форм, як гра, соціальний тренінг, екскурсія, бесіда. Гра як форма технології соціальної адаптації інваліда імітує реальну соціальну середу, в якій інвалід може опинитися в дійсності. У процесі соціальної адаптації громадян з обмеженими можливостями здоров'я широко застосовуються різні види ділових ігор: імітаційні ігри, «діловий театр» та ін.

У цілому соціальна адаптація як технологічний процес, дозволяє: включити інваліда в малу групу, допомогти йому засвоїти сформовані норми, відносини, зразки поведінки, розвинути вміння і навички спілкування, включиться в доступну для нього соціально-професійну сферу [26].

Ознаками соціальної адаптованості молоді з інвалідністю є: задоволеність своїм положенням у групі, свідоме підтримання норм і традицій, що існують у даному співтоваристві, прагнення і готовність збагатити зміст, форми і способи взаємодії з оточуючими в об'єднанні, толерантність [31].

**Технологія соціальної терапії в соціальній роботі з інвалідами**– сукупність форм і методів, що забезпечують вплив на громадянина з обмеженими можливостями здоров'я з метою його включення в соціальне середовище, розвитку або компенсації його здібностей, активності, вирівнювання або підвищення його соціального статусу. Вона заснована на соціальному прийнятті, визнання, схвалення результатів творчої діяльності інваліда. У соціальній терапії використовуються такі прийоми:

* + систематичне заохочення спеціалістом з соціальної роботи всіх успіхів клієнта;
	+ визначення видів діяльності, де клієнт може проявити свої здібності, розкритися, показати високі результати і бути успішним;
	+ підтримка його ініціативи у виборі видів діяльності, встановленні відносин з оточуючими людьми;
	+ відмова від негативної критики дій клієнта і його особистості.

Технологія соціальної терапії включає наступні методи: арт-терапію, казкотерапію, трудову терапію та ін. Результатом їх застосування є відновлення у молоді з інвалідністю здібностей, досягнення високих результатів у значущої для нього діяльності, подолання негативних наслідків у взаєминах з близькими людьми. Основою для реалізації методів соціальної терапії є терапевтична середу, яка створюється і підтримується фахівцями з соціальної роботи в малих групах інвалідів (групи денного перебування, клуби і т.д.) установи соціального обслуговування населення. За допомогою даних об'єднань відбувається формування у інваліда ціннісних орієнтацій (турбота, взаємодопомога, підтримка та ін), позитивних емоцій[32].

**Арт-терапія** являє собою сукупність психо-корекційних методик, які мають відмінності і особливості. Вона включає ізотерапію (вплив засобами образотворчого мистецтва: малюванням, ліпленням, декоративно-прикладним мистецтвом); музикотерапію (вплив через сприйняття музики); вокалотерапію (вплив за допомогою співу); імаготерапії (вплив через образ, театралізацію); бібліотерапію (вплив читанням) і ін.

Фахівець з соціальної роботи, який здійснює арт-терапію, спеціально підбирає – картини, музику, літературні твори. Цілеспрямоване побудова естетичної середовища дозволяє створити для інваліда умови, які впливають на його особистість розвиває або компенсуючим чином, а також знімають його емоційну напругу.

**Ізотерапія** застосовується для вільного вираження молоді з інвалідністю своєї мрії, надій, ставлення до навколишньої дійсності, підвищення впевненості в собі. При цьому використовуються всі види художніх матеріалів: фарби, олівці, воскові крейди, пастель; для створення колажів або об'ємних композицій застосовуються журнали, газети, шпалери, кольоровий папір; для ліплення (глина, пластилін, дерево, спеціальне тісто), папір для малювання, кисті різних розмірів, ножиці, клей і т.д. Процес творчої діяльності дозволяє проявити інваліду такі якості, як зосередженість, цілеспрямованість, винахідливість. Добре, коли під час занять малюванням або ліпленням використовує музичний супровід.Важливим напрямком арт-терапії є музикотерапія, яку визначають як контрольоване використання музики в лікуванні, реабілітації, освіті та вихованні дітей і дорослих, страждаючих від соматичних і психічних захворювань.

До соціальних норм і зразків поведінки в різних ситуаціях молодь з інвалідністю долучається за допомогою занять з **фольклоротерапії**. Використання фольклорної музики, народних обрядів, свят дозволяє домогтися гарних результатів у соціальній роботі з інвалідами.

Не малий ефект може дати **імаготерапія** – використання в цілях терапії гри образами: інваліди під час застосування даного методу можуть поперемінно виступати в якості акторів і глядачів, що беруть участь у театральній постановці, грі, ляльковому спектаклі та інші, де моделюються життєві ситуації.

**Бібліотерапія** як метод соціальної терапії передбачає використання спеціально підібраного для читання літературного матеріалу з метою вирішення особистісних проблем інваліда. Літературним матеріалом є твори різних жанрів: прози (оповідання, повісті, романи, казки), поезії (вірші, поеми). Читаючи книгу людина, шукає в творі самого себе, рішення своїх проблем, вирішення своїх ситуацій [34].

**Казкотерапія** в технології соціальної терапії розглядається як метод, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом. Інвалід, приймаючи участь у казко-терапевтичному занятті стає більш підготовленим до розв'язання життєвих ситуацій, навчається способам вирішення проблем.До прийомів роботи з казкою відносять: аналіз, розповідання, переписування, постановка, твір. Чималу цінність має використання прийому аналіз казок. Він застосовується з метою усвідомлення та інтерпретації клієнтом того, що стоїть за кожною казковою ситуацією, за конструкцією сюжету і поведінкою героїв. Важливо і те, що розповідати казку потрібно від першого або третьої особи. Цей прийом допомагає розвинути вміння інваліда ставити себе на місце іншої людини.

Формування активного способу життя у молоді з інвалідністю відбувається за допомогою **трудової терапії**. Вона як обов'язковий компонент повинна входити в комплекс соціально-терапевтичних заходів. Трудова терапія сприяє відновленню трудових навичок клієнтів, вони включаються фахівцями в процес самообслуговування, а саме чергують в їдальні, доглядають за кімнатними квітами, витирають пил і т.д. Для інвалідів в умовах закладів соціального обслуговування населення організовуються громадські роботи в майстернях, підсобному сільському господарстві, на виробничих ділянках. Під час індивідуальних і групових занять трудовою терапією молодь з інвалідністю виконує різні вправи, відтворюють багаторазові дії, тренуються у застосуванні засвоєного матеріалу на практиці і таким чином поглиблюють свої знання, виробляють відповідні вміння та навички трудової діяльності, розвивають творчі здібності [43].

Практичне заняття з трудової терапії в установі соціального обслуговування населення включає визначення теми, порядку роботи з освоєння трудових умінь і навичок, інструктаж з техніки безпеки, виконання клієнтом практичної роботи. Спеціаліст з соціальної роботи та інструктор з праці контролюють хід проведення заняття, дотримання техніки безпеки, на закінчення заняття вони підводять підсумки і формулюють основні висновки. Позитивна оцінка фахівцями установи соціального обслуговування населення успіхів, досягнутих інвалідом у процесі трудової діяльності, викликає у нього почуття задоволення, впевненості у своїх силах, бажання домагатися кращих результатів.

До методів проведення трудової терапії відносять: вербальний (словесний), наочний, корекційний.

**Вербальний (словесний) метод**, ґрунтується на інструктажі, поясненні мети і завдань трудової терапії. Він застосовується в соціальній роботі з інвалідами, яким доступно сприйняття словесного пояснення і його розуміння.

**Наочний метод** використовується спеціалістом з соціальної роботи під час практичного заняття з трудотерапії і полягає в показі трудового руху, демонстрації вироби, кінцевого продукту трудової терапії.

**Корекційний** метод має на меті виправлення впливом трудової терапії фізичних вад, особистісних девіацій, розладів поведінки.

Таким чином, застосування різних технологій соціальної роботи сприяє самовираженню, самоствердження молоді з інвалідністю і дозволяє йому освоїти соціальні вміння і навички. Створені клієнтом в процесі технологій соціальної роботи творчі роботи та їх визнання оточуючими підвищують її самооцінку [61].

## 1.4 Законодавчо-нормативне забезпечення «доступності» для молоді з інвалідністю в Україні

Соціальний захист молоді з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей молоді з інвалідністю нарівні з іншими громадянами та полягає у наданні пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду.

Пільги надаються на підставі посвідчення, яке підтверджує відповідний статус, пенсійного посвідчення чи посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до законів України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" (2109-14), "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам" (1727-15 , в яких зазначено групу та причину інвалідності (для повнолітніх осіб), категорію "дитина-інвалід" (для дітей), а також у відповідних випадках вказано їх основні нозологічні форми захворювань (по зору, слуху та з ураженням опорно-рухового апарату).

Молоді з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу відповідно до законів України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" (2109-14), "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам" (1727-15), пільги надаються на підставі довідки, що безоплатно видається структурними підрозділами соціального захисту населення. Порядок видачі такої довідки та її форма (z1198-15) затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення [1;2;4;5].

З метою реалізації прав та свобод людини і громадянина під час розроблення державних соціальних стандартів та державних соціальних гарантій, національних стандартів, правил усталеної практики та класифікаторів, стандартів, технічних умов, проведення дослідно-конструкторських, науково-дослідних робіт враховуються потреби інвалідів та/або застосовуються принципи розумного пристосування та універсального дизайну.

Органи державної влади та органи місцевого самоврядування сприяють забезпеченню прав молоді з інвалідністю щодо включення до суспільного життя нарівні з іншими громадянами [21].

Враховуючи важливу роль і особливе політичне, соціальне, економічне значення «доступності» в реалізації прав молоді з інвалідністю та маломобільних груп населення (до яких відносять осіб з ураженнями опорно-рухового апарату, вадами зору і дефектами слуху) у багатьох країнах дотримання її принципів і вимог гарантується міжнародним і національним законодавством. 1993 р. Генеральна Асамблея Організації Об’єднаних Націй прийняла «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів», які базуються на основних міжнародних правових актах і визнають необхідність здійснення заходів щодо забезпечення осіб з інвалідністю рівними можливостями нарівні з іншими громадянами, в тому числі доступності до житла, будинків, споруд громадського обслуговування, місць роботи та відпочинку. Конвенція ООН про права інвалідів стала першим юридичним обов’язковим міжнародним документом, який визначає обов’язок урядів країн ретельно розглянути та забезпечити впровадження принципів доступності з тим, щоб молодь з інвалідністю змогли «жити незалежно і повною мірою брати участь у всіх аспектах життя». Державна турбота про молодь з інвалідністю є рівнем її соціального розвитку, цивілізованості та демократизації. На шляху інтеграції до європейського та світового співтовариства, Україна ратифікувала низку міжнародних правових актів, які здійснили певний вплив на формування національної державної політики і практики щодо забезпечення рівних можливостей для всіх громадян, впровадження принципів доступності в різні сфери життєдіяльності молоді з інвалідністю. Міжнародні правові акти, ратифіковані Україною є нормами прямої дії і обов’язковими до виконання. На них можна посилатись під час вирішення судових справ. [29].

Зважаючи на те, що протягом багатьох років в Україні ідеологія державної соціальної політики стосовно молоді з інвалідністю базувалася (та й нині ще базується) на принципах «надання допомоги» (періодичного збільшення розміру пенсій та інших грошових виплат, встановленні пільг, розширенні мережі спеціальних закладів утримання, тощо), то закони і нормативні акти відповідно пріоритетно спрямовані на забезпечення реалізації такого підходу до проблеми. Так, наприклад, досить обширно у нормативних вимогах до безпеки у будинках, де знаходиться молодь з інвалідністю. Будинки та заклади для молоді з інвалідністю повинні проектуватися за спеціальними нормами – ДБН 95 «Заклади соціального захисту населення», які розроблені у ВАТ «КиївЗНДІЕП» і введені у дію 2007 р., і в той же час багато вимог викладених в різних ДБН потребують вдосконалення відповідно до сучасних концепцій «доступності» та «універсального дизайну». Найбільшу проблему сьогодні щодо впровадження принципів доступності та універсального дизайну викликають споруди, які мають історичну та художню цінність. Необхідність і ступінь (форми) адаптації цих будинків щодо питань доступності маломобільних груп населення повинні узгоджуватися з органами пам’яток історії та культури відповідного рівня. На основі аналізу вітчизняної та зарубіжної практики проектування, будівництва та експлуатації житлових та громадських будинків і споруд, а також з урахуванням досвіду експериментального проектування та реконструкції об’єктів з організацією доступності маломобільних груп населення, вважається доцільною така пріоритетність критеріїв організації безбар’єрного архітектурного середовища:

* фізична доступність;
* безпека;
* інформативність;
* зручність.

Критерій доступності повинен містити вимоги:

* до можливості безперешкодного і зручного руху маломобільних відвідувачів земельною ділянкою або закладом обслуговування;
* до входів у будинки;
* до дверних і відкритих прорізів;
* до безперешкодного руху комунікаційними шляхами, приміщеннями і просторами як у будинку, так і на земельній ділянці;
* до можливості своєчасно скористатися місцями відпочинку, очікування і попутного обслуговування;
* щодо проходів до різного обладнання і меблів;
* до ширини внутрішніх сходів.

Під безпекою слід розуміти можливість безперешкодного проживання у житловому будинку, відвідування об’єктів обслуговування без ризику бути травмованим будь-яким чином або заподіяти шкоду своєму майну, будинку, споруді чи обладнанню [17].Це стосується розміщення вхідних площадок, сходів і підйомних пристроїв та їх захист від атмосферних опадів, шляхів руху відвідувачів представників МГН96 усередині будинку, а також матеріалів для огороджень, дверей і т. ін.

Основні вимоги безпеки складаються з:

* можливості уникати травм, поранення, каліцтва, надмірної втомлюваності, через властивості архітектурного середовища;
* можливості своєчасного розпізнавання і реагування на місця і зони ризику;
* уникнення місць перехрещення шляхів руху, які погано сприймаються;
* попередження мешканців житлових будинків, відвідувачів про зони, які становлять потенційну небезпеку;
* виключення помилкових ефектів сприйняття середовища, яке провокує ситуацію ризику.

До вимог інформативності віднесені:

* своєчасне розпізнавання орієнтирів у архітектурному середовищі будинків;
* точна ідентифікація свого місця знаходження і місць, які є метою відвідування;
* використання засобів інформування, які відповідають особливостям різноманітних груп споживачів;
* можливість ефективної орієнтації відвідувачів як при денному світлі, так і в нічний час;
* скорочення часу і зусиль на отримання необхідної інформації, можливість мати безперервну інформативну підтримку на усьому шляху руху до будівлі і всередині неї.

Розміщення і характер використання елементів інформаційного забезпечення потребують врахування:

* відстані, з якої повідомлення може бути ефективно сприйняте;
* кутів поля огляду, зручних для сприйняття інформації глядачем;
* ясного зображення і контрастності, а при необхідності — рельєфності зображення;
* відповідність застосованих символів або пластичних прийомів загальноприйнятного значення;
* виключення перешкод для сприйняття інформаційних засобів.

Критерій зручності рекомендується формувати на основі таких вимог:

* створенняумовдлякомфортногопроживаннямешканцівжитловихбудинків, длямінімальних витрат часу і зусиль на задоволення своїх потреб відвідувача об’єктів обслуговування;
* забезпечення умов для компенсації зусиль, які були витрачені під час руху і отримання послуг;
* підвищення якості обслуговування через його концентрацію у просторі споруди/будівлі;
* збільшення асортименту послуг з урахуванням стану здоров’я відвідувачів за рахунок створення додаткових умов, які допомагають відвідувачеві в отриманні необхідного обслуговування [30].

Найменшою межею зручності слід вважати створений рівень, в якому житлові умови та рівень обслуговування не можуть бути визначені дискомфортними (незручними). Нормалізацію зазначених пріоритетів пропонується запроваджувати на основі ДБН В.2.2-17:2006 «Будинки і споруди. Доступність будинків і споруд для маломобільних груп населення», які набули чинності з 1 травня 2007 р. і введені на заміну ще радянського ВСН Цей нормативний документ поширюється на проектування та реконструкцію цивільних (житлових та громадських) будинків і споруд з урахуванням можливостей маломобільних груп населення. Вимоги його не поширюються «на будинки спеціалізованих закладів для постійного і тимчасового проживання молоді з інвалідністю на умовах опіки, стаціонари лікувальних закладів і аналогічні установи, призначені для обслуговування і постійного перебування даних категорій населення, а також на житлові будинки для однієї сім’ї». Він призначається для проектних, будівельних та експлуатаційних організацій, а також Міністерств і відомств [38].

ДБН складається з 7 розділів, в яких послідовно розглядаються сфера застосування, нормативні посилання, терміни та визначення понять, загальні положення, вимоги до земельних ділянок, загальні вимоги до будинків і споруд, які включають:

* входи та шляхи руху;
* сходи і пандуси;
* ліфти і підйомники;
* шляхи евакуації;
* внутрішнє обладнання;
* санітарно-гігієнічні приміщення;
* особливі вимоги до середовища життєдіяльності МГН, які включають:
* житлові будинки і приміщення;
* зони обслуговування відвідувачів у громадських будинках;
* робочі місця. 97 ДБН В.2.2-17:2006

Сучасні вимоги щодо організації земельних ділянок, де враховуються:

* різні види тактильних засобів на пішохідних шляхах руху для людей з вадами зору;
* нові вимоги до автостоянок;
* пожежобезпечних вимог до влаштування сходів і пандусів та їхніх конструктивних рішень;
* вимоги до світлової та звукової інформаційної сигналізації ліфтів та підйомників;
* застосуванняоздоблювальнихматеріалівдляорганізаціїшляхівевакуаціїтапожежобезпечних зон.

Нові вимоги до проектування санітарно-гігієнічних приміщень:

* визначені розміри санітарно-гігієнічних приміщень для індивідуального користування в житлових будинках та геометричних параметрів зон, якими користуються інваліди, у тому числі на кріслах-колясках, і санітарно-гігієнічних приміщень громадських будинків;
* запропоновані індивідуальні шафи для зберігання одягу інвалідів, що користуються кріслом-коляскою, у роздягальнях спортзалів;
* визначена ширина проходів між рядами санітарно-гігієнічного обладнання;
* наведені сучасні вимоги щодо інженерного обладнання будинків і споруд;
* вимоги щодо пожежної безпеки;
* до організації місць для молоді з інвалідністю, які пересуваються на візку, та осіб з дефектами слуху в культурно-видовищних закладах;
* до систем індивідуального прослуховування в аудиторіях та лекційних залах;
* до розміщення, площі та організації робочих місць та робочих зон мало мобільних груп населення.

В цілому, можна вважати, що національна законодавчо-нормативна база щодо забезпечення інтеграції в суспільне життя молоді з інвалідністю та впровадження у практичну діяльність принципів «доступності» в основному відповідає міжнародній практиці та потребам самих користувачів. Проте дотримання цих законодавчих норм органами виконавчої влади, керівниками виробничих підприємств, установ і закладів соціального спрямування у багатьох випадках не забезпечується. Так, наприклад, незважаючи на те, що вданий час чинними є більше 10 нормативних документів (ДБН, СНиП тощо), найбільш слабка і відстала ланка у забезпеченні доступності навколишнього середовища – це робота пов’язана зі сферою управління благоустроєм і обладнанням міського простору, плануванням і обладнанням будинків і споруд, інформаційних і орієнтувальних просторів. В більшості своїй вимоги, зазначені в чинних нормативних документах, не виконуються проектувальниками, архітекторами, а найчастіше – інвесторами і замовниками проектів [40].

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.11.2005р. №444-р «Про затвердження плану додаткових заходів щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями», затверджено типове положення про комітети забезпечення доступності інвалідів та інших мало мобільних груп населення до об’єктів соціальної та інженерно-транспортної інфраструктури. Основним завданням їх є здійснення громадського контролю щодо відповідності житла, громадських та виробничих будинків, а також інших будівель і споруд, дорожньо-тротуарної мережі, транспорту, засобів зв’язку та інформації, території населених пунктів вимогам чинних будівельних норм. Є сподівання, що діяльність таких комітетів дозволить контролювати і наглядати за виконанням вимог чинних нормативних документів під час будівництва і здачі та введення в експлуатацію закінчених об’єктів житлово-цивільного призначення. Крім того, із зазначеного питання законодавством[14].

України визначені необхідні рішення щодо застосування штрафних санкцій місцевими органами виконавчої влади згідно із Законом України «Про місцеве самоврядування», зокрема щодо порушення будівельних норм. Широке застосування законодавчих та нормативних документів з питань формування максимально зручних умов життєдіяльності мало мобільних груп населення – це один із критеріїв на шляху інтеграції України до міжнародного співтовариства [53].

## Висновок до розділу 1

Ставлення суспільства до молоді з інвалідністю є певною мірою його цивілізованості. Донедавна питання проблем молоді з інвалідністю у нас замовчувалося. Молодь з інвалідністю намагалися ізолювати від суспільства в спеціальних закладах. Вона та її близьке оточення опинялися сам на сам зі своєю бідою. На даний час в нашій країні існує дискримінація молоді з інвалідністю, їх не завжди сприймають як фахівців чи професіоналів у своїй галузі. Переважно їх працевлаштовують на робоче місце яке пов’язане із малокваліфікованою роботою та неналежною заробітною платою.

Молодь з інвалідністю й далі наражаються на численні перешкоди, пов’язані із відсутністю безперешкодного доступу до навчальних закладів, а подальшому і працевлаштуванню. Держава повинна ввести до законодавства норми, покликані протидіяти дискримінації на ринку праці, фінансово стимулювати та підтримувати роботодавців, надавати необхідну допомогу молоді з інвалідністю на робочому місці.

Сьогодні ж організація соціальної роботи, що працюють спільно для задоволення соціально-гарантованих та особистісних потреб молоді з інвалідністю, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності, шляхом інтеграції її в суспільне життя. Організація соціальної роботи тут виступає інститутом допомоги, в рамках якого соціальний працівник має допомагати у розв’язанні проблем молоді з інвалідністю, що відображає суспільне чи індивідуальне неблагополуччя, допомагати в реалізації прав і отриманні державної допомоги.

Провідним компонентом соціальної роботи з молоддю з інвалідністю є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенційних можливостей і потреб. Побудова взаємозв’язків молоді з мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфер спілкування, організації дозвілля, творчої діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, забезпечення ліками і продуктами харчування, організації оздоровлення, також розробці і реалізації програм реабілітації.

# РОЗДІЛ 2 ПРОБЛЕМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## 2.1 Моделі інвалідності та їх особливості

З плином часу кількість осіб, які мають функціональні обмеження в Україні, як і всьому світі, зростає. Оскільки викоренити інвалідність як явище неможливо, суспільство повинно спрямувати зусилля на те, щоб ці люди стали повноцінними членами суспільства, розділяли людські цінності, ієрархізували їх на основі оцінки стану свого здоров'я та реалізовували свої інтереси відповідно до власних особливих потреб.

Не завжди можна подолати фізичний недолік людини, але потрібно зробити все, щоб навчити молодь з певними вадами осмислено і продуктивно самореалізовуватись у суспільстві. Ця проблема стосується як самих молодих людей з обмеженими можливостями так і інших членів суспільства. Інвалідність завдає шкоди людині, і їй потрібно допомагати відчувати себе на рівних з іншими, бути самостійним.

Одним із основних завдань держави та інших соціальних інститутів є створення для осіб з функціональними обмеженнями необхідних умов для подолання перешкод, що стоять на заваді повноцінному житті у соціумі. Важливим завданням є подолання стереотипів сприйняття молодих людей з особливими потребами як меншовартісних, людей нижчого ґатунку, суспільний тягар. Головною проблемою, яка потребує вирішення, є подолання соціальної ізоляції такої молоді, обмеженості в можливостях їх спілкування, навчання, пошуку можливостей заробітку [8].

Формування толерантного ставлення суспільства до осіб з особливими потребами – великий крок до інтеграції людей з особливими потребами у суспільство. Толерантність прямо пов'язана з інформованістю про специфіку життя такої молоді, їх досягненнями, їх власними перемогами, які здійснюються не завдяки обставинам, а всупереч їм. Велику роль у формуванні такої толерантності повинні відігравати ЗМІ, щоб інформація була представлена не тільки як заклик про допомогу та матеріальну підтримку на лікування людини з інвалідністю, а перш за все, – як презентацію життєвих успіхів людей з функціональними обмеженнями.

Молодь з проблемами зору, слуху, молодь з порушеною координацією руху, повністю або частково паралізовані визнаються інвалідами в силу помітних відхилень від нормального фізичного стану людини. Інвалідами визнаються також особи, які не мають зовнішніх відмінностей від звичайних людей, але страждають захворюваннями, що не дозволяють їм трудитися в різних сферах так, як це роблять здорові люди. Наприклад, молода людина, що страждає на ішемічну хворобу серця, не здатна виконувати важкі фізичні роботи, але розумова діяльність їй цілком під силу [46].

**Отже, особа, яка має функціональні обмеження** – це особа, яка має тимчасові або постійні порушення у фізичному та (або) психічному розвитку і яка потребує особливих умов в процесі життєдіяльності. Обмежена життєдіяльність розуміється як будь-яке обмеження чи відсутність (в результаті порушення) здатності діяти у такий спосіб, який вважається нормальним для людини.

Розрізняють вроджені аномалії в розвитку, тобто ненормальності, вроджені відхилення від загальної закономірності розвитку людини, та втрата здоров'я – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного та соціального неблагополуччя людини.

Різні тлумачення сутності поняття «інвалідність» лягли в основу формування існуючих «моделей інвалідності», які є яскравим відображенням суспільної думки певного періоду до людей з інвалідністю. Протягом історії розвитку людства наформуваннямоделей інвалідності впливали два філософських підходи. Згідно з першим, люди з інвалідністю розглядаються як такі, що залежать від суспільства, згідно з другим — це споживачі того, що має пропонувати суспільство. Філософія кожної моделі інвалідності не виникає і не зникає раптово, моделі можуть доповнювати одна одну, можуть мати прихильників протягом тривалого часу і навіть століть, їх розробка та поширеність забезпечують велику кількість мінливих ставлень суспільства до інвалідності у певний час [48].

**Моральна модель «інвалідності»**

Концепція цієї моделі зводиться до того, що «інвалідність» є наслідком гріха. Це найстаріша модель. Сьогодні вона найменш поширена. Її ще називають «моделлю особистої трагедії». За таким підходом «інвалідність» пов’язується з покаранням за скоєння особою або кимось із членів її сім`ї, родичів злочину. Інвалідність від народження може мати місце з причини дій, учинених у попередніх реінкарнаціях. Послідовники цієї моделі вважають, щоб позбавитись негативного впливу, який може спричинити людина, що «відрізняється», можна застосувати метод вигнання бісів чи жертвоприношення. У певних випадках наявність інвалідності в одного з членів родини ставить всю сім’ю в становище стигматизованої, понижуючи її статус або навіть спричиняють повну ізоляцію від суспільного життя. Інвалідність може бути інтерпретована як неспроможність людини «вписатись» у структуру сім’ї, або може розглядатись як необхідність переживати горе та страждати перед отриманням певних духовних винагород у майбутньому. Ця модель може існувати в будь-якому суспільстві, де інвалідність пов’язується зі зневагою, страхом та упередженням. Поняття гріха або святості, неповноцінності, слабості, догляду та співчуття, зцілення, тягаря створили основу для уявлень щодо групи людей, до яких почали застосовувати «суспільні ярлики». Людей з інвалідністю за часів переваги моральної концепції в суспільстві часто виключали із суспільного життя, їх виживання було під загрозою, бо вони вважались «монстрами» й, відповідно, не були гідні статусу людини. Дехто ставав безхатченком з причин бідності чи ганьби. Релігійнігромадивмежах свогопоселення чиприходупо-різному реагувалинацігрупилюдей. Серед найпоширеніших реакцій можна зазначити, наприклад, вигнання бісів, ритуали очищення, або ж надання догляду, притулку на знак прояву милосердя та християнського зобов’язання перед «нужденними». Хоча моральна модель історично є найстарішою і сьогодні застосовується рідко, проте існує ще багато культур, які асоціюють інвалідність із гріхом та ганьбою, з відчуттям провини, навіть якщо це відчуття завуальоване в релігійній доктрині. Для людини з інвалідністю ця модель є особливо обтяжливою, бо нерідко пов’язана з ганьбою для всієї родини, в якій проживає така людина. Родини приховували членів сім’ї з інвалідністю, не дозволяли їм відвідувати школу, публічні заходи, та виключали будь-яку можливість залучення їх до суспільного життя. Загальний результат моральної моделі інвалідності – «виключення» із суспільства людей з інвалідністю. На жаль, ця модель може існувати у будь-якому суспільстві, де інвалідність або вада пов’язуються зі зневагою, страхом та упередженнями [51].

**Благодійна модель «інвалідності»**

Благодійна модель змальовує людей з інвалідністю як жертв обставин, які заслуговують на співчуття. Ця модель найбільш використовується людьми без інвалідності, у тому числі благодійними організаціями для пояснення того, що таке «інвалідність» та для цілей фандрейзингу. За концепцією цієї моделі люди з інвалідністю вважаються жертвами трагедій. Вони потребують догляду, не спроможні управляти своїми справами, а для виживання потребують співчуття та допомоги Із співчуття до особи з інвалідністю бере своє коріння і культура його «догляду». Хоча вона в багатьох аспектах заслуговує на похвалу, проте у ній міститься певна небезпека. Численні благодійні організації, що існують з метою надання допомоги та догляду людям з певним видом інвалідності, саме з цієї причини часто сприяють формуванню медичної моделі інвалідності, відокремленню й часто — розміщенню людей з інвалідністю в спеціальні заклади. Розуміння того, що люди з інвалідністю є отримувачами благодійної допомоги, зменшує їх самооцінку. В очах «співчуваючих» донорів надання благодійної допомоги несе з собою очікування вдячності та ряд умов, які накладаються на отримувача такої допомоги. Перше є проявом зверхності або поблажливості; друге обмежує можливості вибору для людей з інвалідністю. Наприклад, роботодавці можуть дійти висновку, що фінансова благодійна допомога задовольняє всі соціальні та економічні зобов’язання, замість того, щоб вирішити реально існуючу проблему створення робочого місця, що сприятиме працевлаштуванню людей з інвалідністю. Зосереджуючи увагу тільки на разових благодійних вчинках та допомозі, прихильники цієї моделі часто відносять вирішення головних питань на другорядне місце. Багато людей з інвалідністю вважають, що залучені кошти від благодійництва повинні спрямовуватися на створення можливостей для повноправної участі та інтеграції людей з інвалідністю у життя суспільства як рівноправних громадян, які потребують поваги на рівні з іншими.

**Медична модель «інвалідності»**

Медична модель розглядає «інвалідність» як дефект чи хворобу, які потребують, насамперед, медичного втручання. Панує переконання — якщо людину вилікувати, її проблема перестане існувати. За таких умов людина з інвалідністю в силу обставин опиняється відстороненою від суспільного життя. Життєдіяльність такої людини зосереджується в колі ближнього оточення: сім’ї, родинних стосунків і надавачів медичних послуг. При цьому лікарі й інші фахівці виступають найбільш компетентними і впливовими у вирішенні проблем цієїгрупи населення. Цю модель іноді називають ще «адміністративною», оскільки вона бере початок із системи соціального забезпечення та охорони здоров’я. Прихильники медичної моделі до цього часу мають суттєвий вплив на законодавство, соціальну політику та організацію соціального обслуговування. Наприклад, в Україні до цього часу ця модель «інвалідності» є найбільш поширеною, що проявляється насамперед у формуванні політики стосовно інвалідності в сфері освіти, працевлаштування, реабілітації, соціальної адаптації, універсалізації. Медична модель з’явилась з початком розвитку «сучасної» медицини у XIX ст. Оскільки багато видів інвалідності мають медичну природу, очікувалось, що люди з інвалідністю отримають переваги, якщо знаходитимуться під наглядом медичних фахівців. Згідно з цією моделлю, вважається, що проблеми, які асоціюються з «інвалідністю», знаходяться в людині. У суспільстві не існує обов’язкової вимоги забезпечити «місце» в житті для людей з інвалідністю, оскільки вони живуть у ролі сторонніх спостерігачів, які чекають на лікування. Людина з інвалідністю, згідно з медичною моделлю, знаходиться в ролі хворого [56]. Коли люди хворіють, вони звільняються від звичайних зобов’язаньперед суспільством: ходитидошколи, працювати, виконуватипевніобов’язки в сім’ї тощо. Також очікується, що для покращення свого стану вони мають потрапити під опіку медиків. Тому до недавнього часу більшість політичних питань в багатьох країнах світу стосовно інвалідності сприймались як «питання здоров’я», і в цій сфері політики головними «контактними» особами вважались лікарі. Їх рішення впливали на те, в яку школу піде дитина з інвалідністю і чи може взагалі вона навчатися, яку реабілітаційну підтримку отримає людина з інвалідністю, чи може особа з інвалідністю працювати, народжувати дітей, самостійно та незалежно жити. Медична модель інвалідності стверджує: якщо ви інвалід, то ви є проблемою і ваша інвалідність потребує лікування. Ви не можете самостійно приймати рішення, які стосуються вашого життя; вам потрібні фахівці, які піклуватимуться про вас та доглядати, а отже, ви ніколи не будете сприйматися у суспільстві як рівний серед осіб без інвалідності. Медична модель є, беззаперечно, хибною, оскільки люди з інвалідністю не обов’язково хворі і їхній стан здоров’я не обов’язково може бути покращений медикаментозним відновлювальним лікуванням. Ця модель демонструє «надлишкову опіку», спрямовану на вирішення проблеми шляхом надання догляду і нерідко — через утримання у спеціальних закладах. Це обмежує можливості людей з інвалідністю щодо вибору та контролю над своїм життям та розвитку свого потенціалу. Ця модель сприяла також появі упереджень, які існують сьогодні, наприклад, серед роботодавців. Оскільки, згідно з її концепцією, причина «інвалідності» є «медичною», то людина з інвалідністю в силу цього факту має поганий стан здоров’я, отже буде часто знаходитись на лікарняному, вироблятиме продукцію гіршої якості, її праця буде менш продуктивною, ніж інших колег по роботі. Але, можливо, найбільшою «вадою» медичної моделі інвалідності є те, що вона сприяє створеннянегативногообразулюдиниз інвалідністюв свідомостіі інших людей, культивуючи тим самим «ментальну бар`єрність» суспільства. Українсько-канадський проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні».

**Реабілітаційна модель «інвалідності»**

Дана модель — це відгалуження, різновид медичної моделі. Вона розглядає інвалідність як потребу у послугах фахівця з реабілітації (медичної, фізичної, психологічної) чи іншої допоміжної професії. У руслі цієї моделі виник метод реабілітації «трудотерапія». Ця модель сформувалась після Другої світової війни, коли солдати поверталися додому з інвалідністю і їм потрібно було заново адаптуватися до життя у суспільстві. Відповідно до цієї моделі розроблена сучасна система професійної реабілітації.

**Економічна модель «інвалідності»**

Ця модель є продовженням медичної моделі та передбачає перерозподіл прибутків між різними категоріями населення там, де як методологічне підґрунтя застосовується медична модель «інвалідності». Вплив економічної моделі «інвалідності» можна прослідкувати на тих прикладах національних концепцій соціальної політики, де «інвалідність» визначається, насамперед, як «непрацездатність» та вводяться обмеження на види праці та зайнятості людей з інвалідністю. Проблема, з якою стикаються користувачі економічної моделі — це дилема вибору: що краще — платити людині з інвалідністю за втрату прибутків чи роботодавцю за втрату продуктивності? Перша опція несе в собі стигматизацію людей з інвалідністю, підкреслюючи їх неспроможність виконувати роботу на однаковому з їхніми колегами рівні. Щодо другої опції, то постають складнощі з правильнимоцінюваннямналежного рівня субсидування. Продуктивність працівника з інвалідністю, так само як і гранично висока собівартість працюючого населення, може змінитись на краще. Перед соціально орієнтованими економістами залишається невирішеною ще одна проблема: як досягти справедливого, економічно обґрунтованого розподілу виплат, що проводяться роботодавцемлюдямз інвалідністю? Євірогідність того, щобудуть людиз такимифункціональними обмеженнями, які перешкоджатимуть виконанню певної роботи. Такожбудуть люди з іншимрівнем уражень, чия продуктивність праці буде настільки низькою, що пільги в оподаткуванні роботодавця будуть нижчими ніж дотації на облаштування робочого місця для людини з інвалідністю. Але чи прийнятно це з соціальної точки зору? Цей очевидний конфлікт створив певну двозначність у погодженні цілей соціального забезпечення й спричинив стигматизацію людей з інвалідністю, позиціонуючи їх як тягар для державних коштів, а не як партнерів у розбудові загального процвітаючого суспільства. За цих обставин виплати системи соціального забезпечення не мають на меті позбавити людей з інвалідністю бідності. Розробники політики мають дотримуватися балансу між вартістю роботи та її продуктивністю. Справжня цінність економічної моделі — дотримання цього балансу в макроекономічному контексті. 48 Навчальний посібник «Інвалідність та суспільство»

**Соціальна модель «інвалідності»**

Ця модель розглядає «інвалідність» як проблему, створену суспільством, і вважає соціальну дискримінацію найбільш суттєвою. Вона єтакож причиною багатьох соціально-побутових негараздів у житті людей з інвалідністю. Порівнюючи медичну та соціальну модель «інвалідності», можна навести такий приклад. Особа з інвалідністю, яка пересувається на візку, хоче потрапити до навчального закладу, школи, кінотеатру тощо, але не може. Чому дана особа не може потрапити до цих закладів? Прихильники медичної моделі скажуть: «Тому, що людина пересувається на візку. Отже, проблема в візку та в самій людині з інвалідністю». Прихильники соціальної моделі скажуть: «Людина на візку не може потрапити до цих закладів через існуючі бар’єри – сходи, і це є єдиною причиною. Архітектори, проектувальники, які будували ці заклади, «просто забули, що є люди з інвалідністю», і створили оточуюче середовище, яке робить людину «інвалідом». Дана модель вважає «інвалідність» нормальним аспектом життя, а не відхиленням. Впроваджуючи філософію соціальної моделі у політику, потрібно пам’ятати, що зі старінням населення збільшиться кількість людей з ураженнями, й суспільству буде складніше «пристосувати» умови. Також ця модель може бути важкою для розуміння, зокрема, професіоналами у сфері благодійництва та реабілітації. Останніх треба переконати в тому, що їхня роль має змінитись з ролі «лікування або догляду» на менш нав’язливу, яка б допомагала людям з інвалідністю контролювати власне життя [57]. Соціальна модель була розроблена людьми з інвалідністю у відповідь на медичну модель та на той вплив, який вона спричиняла на їхнє життя. Витоки соціальної моделі інвалідності можна прослідкувати в есе Пола Ханта «Критичний стан» (A Critical Condition), 1966 рік. У праці Хант розмірковує над тим, що люди з інвалідністю — це виклик західним цінностям, оскільки сприймаються, як нещасливі, непотрібні, несхожі на інших, пригнічені та хворі, а в повсякденному житті вони стикаються з упередженнями, що виражається в їхній дискримінації. 1976 р. організація Union of the Physically Impaired Agains Segregation (UPIAS) розвинула ідеї Пола Ханта, визначивши інвалідність як «обмеження активності, викликане сучасним соціальнимустроєм суспільства». 1983 р. Майк Оливер, використавши ідеї Пола Ханта та організації UPIAS, запропонував визначення соціальної моделі інвалідності. У розвиток концепції «соціальної моделі інвалідності» протягом наступних років зробили свій внесок як окремі вчені з різних країн, так і організації, що представляли інтереси людей з інвалідністю. Ґрунтуючись на власному досвіді, люди з інвалідністю почали відкрито заявляти про те, що в дійсності багато проблем з’являється не тому, що людина має якісь фізичні чи розумові порушення, а як наслідок функціонування суспільства. Звідси і походить назва — «соціальна модель». Соціальна модель не заперечує наявність фізіологічних відмінностей, підтримує ідею про те, що турботу про лікування та реабілітацію потрібно залишити фахівцям, але результати їх діяльності не повинні впливати на те, чи буде людина з інвалідністю повноправним членом суспільства. Соціальну модель інвалідності можна ефективно використовувати для того, щоб визначити/окреслити існуючі бар’єри у всіх аспектах суспільного життя, які призводять до інвалідності, а потімповністю їх усунути. Таким чином, соціальна модель спонукає держави до створення «суспільства для всіх».

**Британська модель «інвалідності»**

Британська модель «інвалідності» походить з теорії нормалізації та соціальної валоризації14. Дана модель суттєво вплинула на формування концепцій соціальної політики в сфері інвалідності в багатьох західних країнах, зокрема, у Великій Британії, Швеції, США. Своє конкретне відображення вона знайшла в офіційно взятому курсі на деінституціоналізацію — зменшення (закриття) мережі інтернатів для людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями. Прихильники даної моделі спрямовували свої дії також на розвиток різних форм обслуговування та підтримки людей з інвалідністю безпосередньо за місцем проживання.

**МОДЕЛЬ HANDICAP**

1970 р. багато соціальних працівників з європейських країн відмовляються від терміну «інвалід». На зміну йому приходить термін Handicap (hand in cap з анг. «рука в шляпі»). Handicap – це гра, яку вигадали люди, намагаючись організувати своє дозвілля без ігрових матеріалів. Учасники гри виконували дії з перев’язаною рукою. Така перепона обмежувала можливість граючих. Тимчасова перепона (перев’язана рука) надавала можливість порівняти свою тимчасову ситуацію з ситуацією, в якій перебувають люди з інвалідністю. Автор цієї концепції Ф. Вуд побудував свою модель на простому постулаті: «Інвалідом може стати кожна людина, перед якою з’являються перепони, обмеження, які заважають їй нормально діяти, в результаті чого вона потрапляє в соціально невигідне становище». Наприкінці 1980-х років ВООЗ схвалила концепцію Handicap та прийняла її за основу під час складання «міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності». Модель Handicap є одночасно соціальною та медичною концепцією.

**Культурна модель «інвалідності»**

Культурнамодель «інвалідності» виникла в 1990-ті роки. Згідно з цією моделлю, «інвалідність» можна розглядати як «особливий культурний феномен». Дискусія у межах культурної моделі інвалідності спрямована на те, яким чином соціальна ідентичність згуртовує людей; яким чином культура та мистецтво людей з інвалідністю дають їм можливість створити свій позитивний імідж в суспільстві. Популярні лозунги цієї моделі — «Я людина з інвалідністю, але я цим пишаюсь», «Прославляйте свою відмінність».

**РОЗУМІННЯ «ІНВАЛІДНОСТІ» ЯК ПРАВОЗАХИСНОЇ МОДЕЛІ**

За останні десятиліття відбулися суттєві зміни в розумінні поняття «інвалідність». Замість застарілих концепцій, відповідно до яких особиз інвалідністювважалися «об’єктами» благодійності, лікування і соціального захисту, сьогодні вони розглядаються як особи, що мають права, здатні заявляти про ці права і добиватися їх реалізації. Підхід, в якому «інвалідність» визначається як наслідок взаємодії індивідуума та середовища, отримав назву «соціальної моделі інвалідності». Конвенція ООН про права інвалідів (ратифікована Україною 16 грудня 2009 р. ) підтримує і пропагує дану модель розвиваючи її далі, визнаючи «інвалідність» як «правову проблему» — визначає осіб з інвалідністю як правовласників та суб’єктів прав людини на рівній основі; визнає і поважає «інвалідність» людини як елемент людського розмаїття; покладає відповідальність на суспільство і уряд за забезпечення політичного, правового, соціального та фізичного середовища підтримки прав людини та повного включення та участі людей з інвалідністю. 14 Валоризація (від англ. valorization) – підвищення цінності, визначення ціни. У психології та у практиці соціальної роботи термін «валоризація соціальної ролі» стосується аналізу відносин між людьми та послуг, що ними надаються, сформульований 1983 р. Вольфом Вольфенсбергером як подальший розвиток раніше сформульованого принципу нормалізації. Дані теорії базуються на ідеї, що суспільство має тенденцію визначати певні групи людей як фундаментально «різні», і їх цінність значно менша, ніж будь кого . У Конвенції ООН про права інвалідів (далі — КПІ) представлено широку категоризацію осіб з інвалідністю і ще раз проголошується, що всі особи з інвалідністю мають користуватися всіма правами і основними свободами людини. КПІ не наводить чіткого визначення поняття «інвалідність». Преамбула КПІ згадує поняття інвалідність як таке, що еволюціонує. Конвенція ООН про права інвалідів визначає термін «люди з інвалідністю». Проте зазначає, що цей термін включає осіб, які мають стійкі фізичні, розумові, інтелектуальні чи сенсорні порушення, які під час взаємодії з різноманітними перешкодами можуть заважати їхній повній і дієвій участі у житті суспільства на рівні з іншими (ст. 1 КПІ). Визначення «інвалідності» як поняття, що еволюціонує, бере до уваги тойфакт, що суспільство танастрої, які панують в ньому, не є незмінними. Таким чином, КПІ не встановлює чітко закріпленого поняття «інвалідність», вона припускає динамічний підхід. Підхід до «інвалідності», визначений у КПІ, також наголошує на існуванні значного впливу бар’єрів в оточенні та ставленні, які панують в суспільстві щодо людей з інвалідністю. Але «інвалідність» сама по собі не зачіпає чи не обмежує права людини. Прийняття Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативного протоколу до неїговорить про початок нової епохи «у заохоченні, захисті та забезпеченні повного і рівного користування всіма людьми з інвалідністю всіма правами людини та основоположними свободами, а також у заохочені поваги до властивої їм гідності» (ст.1 КПІ). Хоча особи з інвалідністю завжди мали ті ж самі права, що і всі інші люди, вперше їх права комплексно закріплені в документі, що має обов’язкову юридичну силу. Дана Конвенція відображає всі ті зміни, що відбулися в останні часи в підході до питань «інвалідності». Підтримуючи соціальну модель «інвалідності», Конвенція про права інвалідів просуває її далі, визнаючи «інвалідність» як правозахисну проблему [69].

**2.2 Проблеми працевлаштування молоді з інвалідністю**

В Україні станом на початок 2016 року налічується близько 2,6 млн осіб із інвалідністю, майже 80% із них – працездатного віку, що відповідає кількості понад 2млн осіб. Водночас, за даними останніх років, працевлаштованими є приблизно третина з них – 600-680 тис. осіб. Однак, на думку експертів, ці цифри – завищені, оскільки зайнятість осіб із інвалідністю часто існує лише «на папері». Більш реальна цифра – 13%. До того ж, попри декларування державою захисту прав ветеранів, після збільшення кількості людей, які отримали інвалідність через бойові дії в зоні АТО, частка працевлаштованих не зросла.

Закріплення на конституційному рівні права кожного на соціальний захист є важливим кроком, який дозволяє за будь-яких обставин через систему соціально-забезпечувальних благ забезпечити кожній людині задоволення її необхідних потреб та гідний рівень життя у разі виникнення складної життєвої ситуації. Рівень соціального захисту громадян, дотримання їх прав і свобод у цій сфері є покажчиком цивілізованості будь-якої держави, в якій людина, її життя та здоров’я визнані найвищою соціальною цінністю та, яка дбає про кожного члена суспільства [22]. Серед усього населення країни особливої уваги у сфері соціального захисту потребують особи з обмеженими можливостями, які визнаються повноцінними членами суспільства, водночас залишаються найбільш вразливою категорією громадян.

Сьогодні все більше особи з обмеженими можливостями по стану здоров’я належать до соціально незахищених рівнів населення на підставі не реалізації свого права на працю. Незважаючи на формальну заборону дискримінації в національному законодавстві України, в реальному житті молодь з інвалідністю дискримінуються на ринку праці. Також проблемою є те, що політика зайнятості не враховує ступеню втрати здоров’я, що має наслідком гіршого становище осіб з інвалідністю першої групи, порівняно із особами з інвалідністю другої та третьої груп.

Слід зауважити, що складний процес організації та проведення в Україні соціальних реформ, посилення ефективності, інклюзивності соціальних прав потребує належного дослідження., що потребує особливої уваги дослідження працевлаштування та зайнятості молоді з інвалідністю. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначає інвалідність як міру втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає конкретній особі або позбавляє її здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів [41]. Тому, особи з інвалідністю потребують справедливого соціального захисту і створення таких умов життя, щоб успішно інтегруватися у суспільстві.

Молодь з інвалідністю не становлять однорідної групи. Вони можуть мати фізичні, чуттєві, інтелектуальні, психічні розлади або їхню комбінацію, що можуть бути у них як від народження, так і набутими у дитинстві, підлітковому віці або пізніше, під час навчання чи вже у період зайнятості. Інвалідність може мати як незначний негативний вплив на спроможність молодої людини працювати і бути повноцінним членом суспільства, або ж дуже відчутний, внаслідок чого виникає потреба у суттєвій підтримці і допомозі. Для того щоб працевлаштувати молоду людину з інвалідністю на підходящу роботу з гідною оплатою праці, спеціалісти центру зайнятості, насамперед, мають з'ясувати види робіт, які може виконувати конкретна молода людина. Для цього треба уважно проаналізувати Індивідуальну програму реабілітації (ІПР), яка складається медико-соціальною експертною комісією. З метою забезпечення гарантованих державою реабілітаційних послуг медико-соціальні експертні комісії для кожної людини з інвалідністю відповідно до профілю захворювання розробляють ІПР. Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здатності конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії [42].

Успішне працевлаштування молоді з інвалідністю на підходящу роботу з гідною оплатою праці багато в чому визначається рівнем соціальної компетентності кожної особи. Під соціальною компетентністю слід розуміти соціальні вміння та навички, що є необхідними для успішного розв'язання проблем, які зустрічаються у повсякденному житті і які є необхідними для інтеграції молодої людини з інвалідністю у суспільство [42]. При реалізації заходів, спрямованих на підвищення конкуренто спроможності молодих людей з інвалідністю на ринку праці, необхідно формувати в них вміння та навички подолання соціальної ізоляції, налагодження контактів з оточенням. Зважаючи на недостатній соціальний досвід у частини цих молодих людей, треба навчати їх знаходити своє місце у колективі, вести діалог, аналізувати вчинки інших людей та відповідно до конкретної ситуації будувати власну поведінку [52]. В процесі профконсультаційних бесід, тренінгів, семінарів, інших заходів спеціалісти центрів зайнятості мають допомогти формуванню і зміцненню у молодих осіб з інвалідністю комунікативних навичок, вміння долати стереотипи, опановувати знання медичних, соціально-психологічних та юридичних аспектів їх власного стану та статусу, розвивати навички впевненої поведінки. Аналізуючи наукову літературу, доречно наголосити, що існують проблеми працевлаштування молоді з інвалідністю. Найголовнішою проблемою є дискримінація осіб з інвалідністю на ринку праці. Незважаючи на формальну заборону дискримінації в національному законодавстві, на практиці особи з інвалідністю не завжди сприймаються як фахівці чи професіонали. Переважно їхнє місце праці пов’язане із малокваліфікованою роботою. Просування по службі супроводжується певними перешкодами [55]. Прослідковуються й прояви дискримінації за ознакою стану здоров’я, зокрема політика зайнятості не враховує ступеню втрати здоров’я, що має наслідком гіршого становище осіб з інвалідністю першої групи, порівняно із особами з інвалідністю другої та третьої груп. Крім того, не здійснюється захист осіб, порушення здоров’я яких визначає їхнє гірше становище порівняно з іншими особами з інвалідністю. Це особи із психосоціальними та інтелектуальними порушеннями. Крім того, актуальною проблемою є пропоновані послуги у сфері професійної орієнтації та професійної реабілітації для осіб з інвалідністю не відповідають вимогам ринку праці. Крім того, не зважаючи на формальне декларування забезпечення права на освіту, особи з інвалідністю й далі наражаються на численні перешкоди, пов’язані із відсутністю безперешкодного доступу до навчальних закладів, відсутністю розумного пристосування для здобуття освіти [57].

Допомога, що пропонується особам з інвалідністю характеризується певним домінуванням, закриття нормативу робочих місць над просуванням професійних здібностей шукача роботи з інвалідністю. Не менш важливою проблемою є фіктивні робочі місця, коли роботодавець за використання трудової книжки людини з інвалідністю сплачує їй якісь незначні кошти. На жаль, встановити реальну картину щодо масштабів проблеми неможливо у зв’язку із відсутністю можливості здійснювати контроль у цій сфері. У юридичній літературі вчені прийшли до висновку, що з метою поліпшення соціального захисту та підвищення рівня зайнятості осіб з інвалідністю в Україні потрібно:

1) державна політика з питань реалізації активних заходів інтеграції осіб з інвалідністю у суспільне життя;

2) з метою реалізації особами з інвалідністю права на працю держава повинна розробляти, здійснювати і періодично переглядати національну політику у галузі професійної реабілітації і працевлаштування для цієї категорії осіб;

3) спеціальні заходи, спрямовані на забезпечення справжньої рівності ставлення і можливостей для осіб з інвалідністю, не вважаються дискримінаційними відносно інших працівників;

4) залучення осіб з інвалідністю до підприємницької діяльності в різноманітних сферах;

5) спрямовувати на стимулювання створення роботодавцями робочих місць для осіб з інвалідністю, у тому числі додаткових;

6) для суспільства працююча особа з інвалідністю має бути вирішенням багатьох соціальних проблем;

7) незважаючи на позитивні зрушення у забезпеченні соціального захисту осіб з інвалідністю, домінуючою тенденцією є слабка ефективність діючих механізмів на практиці;

8) першочерговими державними заходами для осіб з інвалідністю повинні стати суттєві зміни у працевлаштуванні та зайнятості, соціальному захисті та реабілітації [68].

## 2.3 Особливості соціалізації молоді з обмеженими можливостями у сучасному суспільстві

Поняття «соціалізація» почало активно вивчатися у 40-х р. ХХ століття в роботах А. Госіна, І. Толмена, Е. Маккобі та інших. На теренах нашої країни питання соціалізації стало предметом вивчення І. Кона, В. Паригіна у 70-х – початку 80-х років XX століття. Завдяки роботам учених вперше у вітчизняній педагогічній літературі почала впроваджуватись ідея про активність особистості в процесі входження в суспільство та інтеграцію з ним. Поняття соціалізації є багатогранним та складним. Вони вивчається у філософії, соціології, антропології, соціальній психології та педагогіці і кожна з цих наук акцентує увагу на певному аспекті означеного феномену [5].

**Соціалізація** (від лат. socialis – суспільний) – це процес входження індивіда в суспільство, засвоєння ним соціального досвіду, ролей, норм та цінностей, необхідних для успішної життєдіяльності.

Труднощі молоді з особливими потребами пов’язані не лише з відчуттями фізичного обмеження чи дискомфорту, переживанням втрати своїх можливостей, але й з «багажем» того негативного ставлення, з яким стикається людина у своєму оточенні. Адже з інвалідністю асоціюється не лише фізична чи психічна неспроможність. Уявлення про молоду особу з особливими потребами як про людину, яка багато чого не може робити, яка потребує допомоги інших, викликає найчастіше почуття жалю, а це в свою чергу заважає включатися в активні соціальні взаємини. З метою уникнення такого ставлення, молодь з особливими потребами здебільшого спілкуються лише з подібними до себе [13].

Питання соціалізації піднімається з раннього дитинства і сприяє поступовому включенню молоді з обмеженими функціональними можливостями в соціум. Також дану проблему покликані вирішувати спеціальні установи, мета яких – допомогти молоді самоствердитися, соціально інтегруватися, наскільки це можливо. Для того, щоб всебічно допомогти певною мірою молоді з інвалідністю, спеціалізовані установи в роботі з дітьми, молоддю з особливими потребами повинні стати для них основним, але не єдиним місцем для життя. Важливе завдання спеціалізованих установ полягає в тому, щоб сформувати в суспільстві розуміння проблем дітей, підлітків, молоді, які мають особливості в розвитку.

Та це лише початковий етап, який не завжди може пройти успішно. Діти виростають, стають більш самостійними та починають приймати власні рішення. Молодь з інвалідністю повинна не лише почуватися комфортно в сучасному суспільстві, а й мати усі належні можливості для саморозвитку, самореалізації та втілення в життя власних ідей. Але часто на заваді цьому стає невпевненість у своїх силах та можливості щось змінити, а також відсутність платформ, де можна було б реалізувати власний потенціал, не зважаючи на певні вади. Одним із можливих шляхів вирішення цього питання є відкриття нових та удосконалення вже існуючих інклюзивних молодіжних центрів, які матимуть не лише усі належні архітектурні умови, а й розроблені програми для роботи з молоддю та її інтеграції в суспільне життя[16].

Особливо актуальним є питання соціалізації молоді, яка має тяжкий ступінь розумової та фізичної обмеженості. 2003 р. вчені-соціологи з Колумбійського та Гарвардського університетів провели дослідження якості життя серед цих пацієнтів, застосовуючи теорію соціальної інтеграції. За результатами дослідження було доведено потенційні можливості соціальної інтеграції цієї групи осіб, її ефективного довгострокового лікування та розвиток позитивних почуттів у пацієнтів. Відомо, що нестача ж позитивної соціальної взаємодії та сприйняття має негативні наслідки на людину, сім’ю, громаду та перспективи суспільства.

Важливе завдання спеціалізованих установ полягає в тому, щоб сформувати в суспільстві розуміння проблем дітей, підлітків, молоді, які мають особливості в розвитку. Та це лише початковий етап, який не завжди може пройти успішно. Діти виростають, стають більш самостійними та починають приймати власні рішення. Молодь з інвалідністю повинна не лише почуватися комфортно в сучасному суспільстві, а й мати усі належні можливості для саморозвитку, самореалізації та втілення в життя власних ідей. Але часто на заваді цьому стає невпевненість у своїх силах та можливості щось змінити, а також відсутність платформ, де можна було б реалізувати власний потенціал, не зважаючи на певні вади. Одним із можливих шляхів вирішення цього питання є відкриття нових та удосконалення вже існуючих інклюзивних молодіжних центрів, які матимуть не лише усі належні архітектурні умови, а й розроблені програми для роботи з молоддю та її інтеграції в суспільне життя [27].

Об’єктивна ознака сьогодення – ускладнення процесу соціалізації молоді внаслідок економічних, соціальних, політичних змін, які відбуваються в нашому суспільстві. Труднощі молоді з особливими потребами пов’язані не лише з відчуттями фізичного обмеження і дискомфорту, переживанням втрати своїх можливостей, але й з «багажем» того негативного ставлення, з яким стикається людина у своєму найближчому оточенні. З інвалідністю асоціюється не лише фізична чи психічна неспроможність. Уявлення про молодь з інвалідністю, як про людину, яка багато чого не може робити, яка потребує допомоги інших, викликає найчастіше почуття жалю. Це заважаєтакож молоді включатися в активні соціальні взаємовідносини. І щоб уникнути такого ставлення, молодь з особливими потребами здебільшого спілкуються лише з подібними до себе [66]. Процеси кардинальних перетворень у сучасному суспільстві і в системі освіти вимагають від спеціаліста переорієнтації його свідомості на гуманістичні цінності. Останнім часом наше суспільство повернулося обличчям до проблем дітей і підлітків з особливостями у розвитку. Саме тепер найбільш гостро постало питання соціалізації молоді, які мають тяжкий ступінь розумової та фізичної обмеженості. Життя такої молоді прирівнюється до життя кімнатних рослин. Але досвід роботи спеціалістів та перегляд нашого ставлення до молоді з обмеженими можливостями тільки підтвердили аксіому: кожна людина повинна жити полюдськи, мати право отримати відповідну освіту[33]. Найактуальнішим питанням сьогоднішньої системи освіти є інклюзивна освіта для молоді з обмеженими функціональними можливостями та особливими потребами у єдиному освітньому просторі. Кожна країна має свій досвід спеціального навчання такої молоді, пройшовши різний шлях від інтеграції до інклюзії. Більшість молоді з особливими потребами в Україні, перебуваючи вдома або в інтернаті, не отримує належної освіти, необхідних знань, умінь, навичок, які забезпечу вали б їм можливість нормальної адаптації до життя в суспільстві, здобуття певної професії, сприяли б саморозвитку, самореалізації, самовдосконаленню особистості в подальшому житті. Отже, така молодь виявляється непідготовленою до життя у звичайному для пересічної людини сенсі [36].

Під інклюзивним підходом розуміють створення таких умов, за яких уся молодь має однаковий доступ до освіти, однакові можливості отримати досвід, знання та подолати упереджене ставлення до тих, хто має «особливі потреби». З цього приводу варто окремо зупинитися на проблемах молоді та сімей, що їх виховують, адже не кожна родина здатна подолати усі свої страхи і переживання стосовно спільного навчання їх дітей разом зі здоровими дітьми. Звичайно, ці родини переживають чимало проблем у своєму житті і по – різному їх вирішують [58]. Часто ситуація погіршується ще й тим, що батьки залишаються на самоті зі своїми проблемами і труднощами. Нездатність батьків пристосуватися до особливих потреб своїх дітей іноді призводить до відмови від них або ж до жорстокого поводження з ними. Тому, такі сім’ї потребують великої уваги і піклування, як з боку держави, так і з боку закладу освіти, де навчається дитина з особливими потребами. У нашому суспільстві проблеми соціалізації молоді з інвалідністю розв'язують спеціальні заклади, мета діяльності яких – допомогти кожній дитині ствердитися і соціально інтегруватися, наскільки дозволяють можливості, зумовлені структурою дефекта. Для того, щоб всебічно допомогти молоді з інвалідністю, спецзаклади повинні стати для них основним, але не єдиним місцем життя. Виховання та навчання такої молоді охоплює спеціальні психолого-педагогічні, культурно-гігієнічні й індивідуальні загально-розвивальні заходи, спрямовані на зміни в розвитку та перспективний розвиток дитини. Важливе завдання полягає в тому, щоб сформувати в суспільстві розуміння проблем молоді, які мають особливості в розвитку [60].

## 2.4 Соціальний стереотип стосовно молоді з інвалідністю

Термін «стереотип» (греч. stereos – твердий, typos – відбиток) ввів у науковий обіг американський журналіст Уолтер Ліпман. У книзі «Суспільна думка», яка вийшла 1922 р., він зробив спробу визначити місце та роль стереотипів у системі суспільної думки. Під стереотипом Ліпман розумів особливу форму сприйняття оточуючого світу, яка впливає на дані наших почуттів до того, як ці данні дійдуть до нашої свідомості. Цей термін почав означати переконання — позитивні чи негативні, — які ми маємо стосовно певних груп та їх характеристики. Наприклад, стосовно людей з інших расових або етнічних груп, стосовно жінок чи стосовно людей з інвалідністю. Людина, яка намагається пізнати оточуючий світ, створює «картинку в своїй голові» відносно тих явищ, які вона безпосередньо не спостерігала [49].

У. Ліпман звертає нашу увагу на той факт, що подібні уяви – стереотипи — формуються під впливом культурного оточення даного індивідуума, передаються із покоління в покоління, часто сприймаються як реальність. Що відбувається, якщо особистий досвід суперечить стереотипу? Перший варіант — людина, яка незацікавлена з тих чи інших причин в зміні своїх поглядів, або зовсім не помічає цих суперечностей, або вважає їх виключенням і зазвичай просто забуває про них. Другий варіант — людина, яка є допитливою і при зіткненні стереотипу з реальністю змінює своє сприйняття оточуючого світу.

У науковій літературі немає єдиного визначення поняття «соціальний стереотип». Більшість словників визначають, що поняття «стереотип» має негативне значення. Соціальні стереотипи про ставлення до молоді з інвалідністю мають дуже складний характер у нашому суспільстві. До молоді з інвалідність часто ставляться з почуттям ворожості й страху, як до людей, від яких хотіли б дистанціюватися. Стереотипи, упередження стосовно молоді з інвалідністю відіграли значну роль у обмеженні можливостей включення їх в суспільство й спричинили значну соціальну та особисту шкоду. Наприклад, молоді з інвалідністю, на яких вже навішані ярлики «інвалід», можуть стикатись із дискримінацією під час пошуку роботи, помешкання, друзів та інколи — навіть коли намагаються скористатись своїми громадянськими правами. Існує багато міфів стосовно молоді з інвалідністю, саме вони і створюють негативні стереотипи та відкрите упередження. Серед найбільш розповсюджених стереотипів такі: молодь з інвалідністю пасивні, слабкі, неприємні, залежні, недружні, жалюгідні, це зло, тягар для суспільства; люди з інвалідністю не в змозі працювати і конкурувати на відкритому ринку праці, не освічені, потребують благодійної допомоги, від них нема ні економічної, ні духовної користі суспільству [10].

Ставлення до молоді з інвалідністю змінювалося протягом історії розвитку суспільства і обумовлено його культурно-історичними традиціями, соціально-економічним становищем, переважною релігією і менталітетом. Залежно від цього формується суспільне сприйняття інвалідів та осіб, що мають обмеження життєдіяльності, складаються уявлення про цю соціальної групи і формуються упередження щодо них.

Багато дослідників відзначають проблему стереотипізації та стигматизації соціальних меншин (А.В. Мудрик, Т.Г. Стефаненко, Е.В. Воєводіна, О.В. Краснова, Е.А. Морозова, П.П. Шевель, A.Ю. Домбровська). Походження соціального стереотипу інвалідності пов'язане з тим що в суспільній свідомості накопичилося безліч міфів і забобонів, які деформують формування нормальних суспільних відносин за участю молодих інвалідів [15].

Соціальні стереотипи в основному вивчаються в рамках етнопсихології, в якій дається характеристика можливих етнічних стереотипів. Однак їх можна розглядати і в рамках соціальної психології, по відношенню до різних соціальних класів, груп, меншин, об'єднанням. Дослідник цього соціально-психологічного феномена в рамках етнопсихології Т.Г. Стефаненко зазначає, що «важливу роль в міжгрупових відносинах відіграють соціальні стереотипи — спрощені, схематизовані образи соціальних об'єктів, які характеризуються високим ступенем узгодженості індивідуальних уявлень». На виникнення тих чи інших стереотипів безпосередньо впливають соціальні інститути, організації та групи осіб. Наприклад, такі агенти суспільних відносин, як етнос, суспільство, субкультури, ЗМІ, сім'я, групи однолітків, державні та релігійні організації (по А.В. Мудрику). А.Ю. Домбровська, вивчаючи вплив такого суспільного інституту, як ЗМІ, на формування соціальних стереотипів інвалідності, зазначає, що «нерідко журналісти формують уявлення про інвалідів як про соціальну групу, єдиною проблемою якої є отримання соціальної допомоги». Це формує у представників суспільства ставлення до молодих інвалідів як до маргінального класу, що має виражені утриманські установки [19].

Як зазначає І.А. Шаповал: «Стереотипні уявлення про інвалідів – спрощені негативні переконання про їх особистісних якостях як групи – також багато в чому пов'язані з невиправданим поширенням медичних знань (іноді в до невпізнання спотвореному популярними виданнями вигляді) серед населення». Сприйняття молоді з інвалідністю, обумовлене їх хворобою, збереглося в українському суспільстві як пережиток медичної моделі інвалідності і впливає на стигматизацію цієї групи населення.

На даний період суспільство близько до визнання преритету між соціальними групами, прийняття відхилень одних як позитивних відмінностей для всіх членів соціуму і можливостей для розвитку суспільних відносин. Впровадження інклюзивної політики повинно позначитися не тільки на соціально-економічний устрій і освітньому середовищі, але привести до змін в суспільному сприйнятті, усталених соціальних стереотипах щодо молоді з інвалідністю, до «стирання» соціальних стигм, створення інклюзивного суспільства.

Стереотипи часто мають негативну природу і засновані на упередженні та дискримінації. У свою чергу це ускладнює «включення» молоді з інвалідністю в життя суспільства. Хоча не зрозуміло, що саме лежить в основі упереджень, — чи підсвідомий страх, чи нестача розуміння, чи щось глибше, — люди часто змінюють своє ставлення, й важливу роль у зміні таких упереджень мають відігравати як професіонали, так і люди з інвалідністю. Ось, наприклад, стереотипи, що існують стосовно молоді із ментальними вадами — вони не можуть жити в суспільстві, не можуть працювати, не можуть мати сім`ю тощо. Протягом останніх 50-ти років громадська думка в цих питаннях практично не змінилась.

У 1950-х рр. дослідження у Великій Британії показали, що середній громадянин віддавав перевагу дотримуванню значної «соціальної відстані» від людей із психічними вадами, і протягом наступних 20 років ці негативні відповіді продовжувались. До середини 1990-х діагноз розумової відсталості був встановлений вдвічі більшій кількості осіб порівняно з 1950-ми, і в той же час 65 % респондентів відзначили, що існує багато упереджень пов’язаних із встановленням діагнозу «психічнохворий», і ще лишалось сильне заперечення проти розміщення по сусідству закладів для людей із розумовими вадами [20].

Соціальні стереотипи, на думку ряду авторів, включають в свою структуру когнітивний, емоційно-чуттєвий, оцінний і в деяких класифікаціях ще поведінковий компонент. У структуру соціального стереотипу інвалідності будуть включатися: загальні уявлення про молодь з інвалідністю з боку індивідів і соціальних груп; психологічний і соціальний портрети молоді з інвалідністю, на думку представників суспільства; соціальна установка і реакція на контакти з інвалідами, їх включення в загальний освітній процес [39].

Були досліджені психологічні якості, притаманні молоді з інвалідністю, і в результаті виділені 20 пар особистісних рис і їх антиподів, з яких частина була складена авторами самостійно, а частина обрана зі списку поверхневих рис по Р.Б. Кеттлу.

У анкетному опитуванні взяли участь 82 студента (з них 4 студента з інвалідністю) 1-4 курсів напрямів підготовки «Менеджмент» та «Управління персоналом» Інституту бізнесу і ділового адміністрування. Опитування проводилося в квітні – травні 2015 г. При аналізі даних було виявлено, що гендерні та вікові відмінності респондентів не роблять істотного впливу на результати дослідження. При опитуванні не вказувалося, з яким відхиленням характеризується молодь з інвалідністю, студенти повинні були згадати свій особистий досвід спілкування і навчання з ними.

В ході дослідження психологічного портрета молоді з інвалідністю було відзначено, що на складання «ідеального образу» впливає особистість ведучого опитування, сприяючи відтворення позитивного ставлення до нього на ставлення до молоді з інвалідністю.

Розглянемо виділені особистісні якості молоді з інвалідністю, отримані в дослідженні, проведеному в 2018-2019 рр. авторами Е.В. Воєводіною і Е.Е. Горіною на базі трьох вузів. У дослідженні соціального портрета молоді з інвалідністю взяли участь 69 осіб — студенти вузів, викладачі і учні з порушеннями здоров'я. При характеристиці особистісних якостей, притаманних інвалідам, студенти називали як позитивні, так і негативні ознаки. Серед негативних якостей респонденти віддавали перевагу (в порядку убування) невпевненості, закомплексованості, зневірі, нездатності до праці і самообслуговування; серед позитивних ретельностей, відповідальності, чуйності і силі волі. Крім того, специфічною ознакою, властивим інвалідам як членам особливої соціальної групи, на думку більшості респондентів, є бідність, що настала внаслідок нездатності до праці, безробіття, низьких пенсійних виплат, придбання дорогих ліків, проведення операцій і т.д.[47].

Автори виділили різні групи особистісних рис, що в даному випадку було обумовлено цілями досліджень. Е.В. Воєводіна і Е.Е. Горіна розглядали групи якостей в рамках складання соціального портрета молоді з інвалідністю; досліджували групи особистісних рис для складання психологічного портрета молоді з інвалідністю.

В цілому, незважаючи на збіг ряду особистісних рис, студенти охарактеризували молодь з інвалідністю більш позитивно, виділили більше позитивних якостей.

У наукових джерелах можна зустріти і інші психологічні характеристики молоді з інвалідністю. Зокрема, А.Ю. Домбровська пише, що «самі люди з обмеженими можливостями в силу стереотипності суспільної свідомості мають здебільшого низьку самооцінку, недостатній рівень амбіцій і пасивну соціальну адаптацію».Вивчення позицій різних дослідників у визначенні соціального стереотипу інвалідності і психологічного портрета молоді з інвалідністю сприяє дослідженню їх динаміки і змін в громадській думці.

Емпіричні дані про особистісні риси, які притаманні молоді з інвалідністю, були оброблені в програмі Statistica l0 за допомогою факторного аналізу методом головних компонент з варимакс-обертанням. Були отримані наступні фактори, що утворюють класифікацію особистісних рис, що характеризують молодь з інвалідністю, на думку студентів.

**Фактор 1**—вольові якості особистості (інформативність – 13,7%). Позитивний полюс вольових якостей молоді з інвалідністю за результатами опитування складають такі якості: захищеність, упевненість, активність, твердість, енергійність, самостійність, самовпевненість. В негативний полюс включені: сором'язливість, безпорадність, беззахисність, невпевненість в собі, пасивність, боязкість, загальмованість. Формування вольових якостей у молоді з інвалідністю відбувається шляхом мотивації до подолання обмеження життєдіяльності за допомогою впевненості в собі, енергійності, активного способу життя, самостійності в побуті, навчанні та праці. Дослідник психології волі Е.П. Ільїн виділяє дві групи вольових якостей: «Перша характеризує цілеспрямованість, тривалість утримання спонукання, вольового зусилля (терплячість, завзятість, наполегливість), друга – самовладання (сміливість, витримку, рішучість)». Виділені нами якості узгоджуються з наведеної класифікації Ільїна. Розвиток вольових якостей у молоді з психофізичними вадами направлено на подолання, компенсацію наявного відхилення. Рівень розвитку того чи іншого якості обумовлений психофізичними особливостями регуляції молоді з інвалідністю у важких життєвих ситуаціях.

**Фактор 2**— позитивні особистісні якості (інформативність – 13,6%). До позитивних якостей молоді з інвалідністю студенти віднесли наступні: щирість, чуйність, дружелюбність, довірливість, альтруїзм, м'якість, доброту, емоційну чутливість, теплоту, товариськість, оптимізм. В негативний полюс цього фактора включені такі якості, як егоїзм і холодність. Практика роботи і особисте спілкування з особами, які мають обмеження життєдіяльності, показують, що дані якості притаманні більшості з них, впровадження спільного навчання, педагогічна діяльність, психолого-педагогічний супровід та міжособистісне спілкування студентів у вищих навчальних закладах можуть спиратися на ці позитивні риси інвалідів.

**Фактор 3** — негативні якості особистості (інформативність – 10,8%). До цієї групи потрапили якості, які можуть характеризувати молодь з інвалідністю з негативного боку: песимізм, скритність, байдужість, мстивість, агресивність, млявість, замкнутість, на противагу цьому виділяється тільки сильна воля, яка спрямована на подолання цих характеристик і компенсацію наявного дефекту. Такі характеристики студенти відзначають у «ідеального образу» особи з психофізичними порушеннями по ряду причин: страх перед людьми з видимими дефектами, що збереглися в суспільстві вплив «медичної моделі», деформація особистісних якостей людини в зв'язку з придбанням дефекту протягом життя, закритість інвалідів[65].

**Фактор 4**— ставлення до оточуючих (інформативність – 6%). В даний фактор були включені якості, які визначають ставлення до оточуючих молоді з інвалідністю в основному з негативного боку. Як показує практика, таке ставлення з боку молоді з інвалідністю зустрічається нерідко і пов'язане з неприйняттям допомоги з боку інших студентів, різкими відповідями на звернення інших учнів, загальним страхом до цієї групи учнів. До таких рис відносяться: підозрілість, черствість, флегматичність і спокій, пов'язане з бездіяльністю, повільністю, байдужістю.

Проведений факторний аналіз дозволив виділити групи особистісних рис, що характеризують молодь з інвалідністю. Відзначимо, що образ людини з психофізичними дефектом часто пов'язаний у свідомості опитаних з досвідом спілкування з представниками цієї групи, ступенем видимості дефекту, його вагою і нозологій [57]. При легкому ступені і зовнішньої непомітності (слабочуючі, слабозорі, що мають соматичні захворювання) інваліду приписують в основному позитивні і вольові якості. Навпаки, при важкому ступені інвалідності (глухі, сліпі, з порушеннями функцій ОДА, з ДЦП, зі складними дефектами) інваліди характеризуються в цілому негативно, на перший план виходять їх комунікативні проблеми, викликані важкими порушеннями систем аналізаторів і рухових здібностей, видимими дефектами.

Студенти як соціальна група, що характеризується молодим віком, відкритістю до нових знань і соціально-культурним тенденціям, не має укорінених соціальних стереотипів і негативного сприйняття молоді з інвалідністю, ставиться до них позитивно і толерантно. Вони відкриті до спілкування, спільного навчання та в майбутньому здатні бути членами інклюзивної соціуму.

Соціальний стереотип, як явище динамічне, зазнав змін під впливом соціально-економічних умов на сучасне українське суспільство. Студенти вважають молодь з інвалідністю, які мають сильну волю, доброзичливими, добрими, чуйними, товариськими, довірливими, альтруїстичними, їм приписують в основному позитивні особистісні риси. Однак відзначається наявність деякої стурбованості у інвалідів, обумовленої переживаннями за те, як оточуючі можуть сприйняти їх дефект. Сприйняття інвалідів та осіб з обмеженнями життєдіяльності у студентів вільно від медичної моделі інвалідності. За їх власними словами, висловленим при проведенні опитування, студенти вважають: «Наявність цих якостей не може бути пов'язано з обмеженістю можливостей. Все залежить виключно від самої людини, вони пов'язані з його характером, темпераментом і вихованням».

Змінювалось суспільство, змінювались стереотипи, але одна загальна думка, яка проходила через роки та через всі типи стереотипів — «інвалід» означає «ні». Така думка ґрунтувалася скоріше всього на незнанні ситуації та незнанні самих питань «інвалідності». Тому формування суспільної думки, в тому числі і через ЗМІ, щодо існуючих упереджень і стереотипів є першочерговим завданням всього суспільства. Засоби масової інформації можуть бути потужним інструментом у справі створення та зміцнення стереотипів [49].

Сьогоднішні споживачі з інвалідністю очікують своєї інтеграції як елемента бізнес-стратегії, а не просто частини корпоративного плану щодо соціальної відповідальності.

## Висновок до розділу 2

Соціальна інтеграція молоді з інвалідністю – це складний процес, який потребує розробки методології та методики соціально-орієнтованої моделі роботи зі зазначеним контингентом. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до молоді з інвалідністю, які потребують не тільки матеріальної, гуманітарної підтримки, заходів медичної, професійної, соціально-побутової реабілітації, а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, фізичному та духовному самовдосконаленні.

Понад усе молодь з інвалідністю переживає, щодо упередженого ставлення до них з боку інших осіб. Зважаючи на те, що вона прагне отримати нові знання, розвиватися, удосконалюватися, хоче бути потрібною, суспільство має усвідомити, що молодь з інвалідністю мають такі самі права та можуть повною мірою брати участь у суспільному житті, зокрема на ринку праці.

Доцільно інформувати громадськість про історії професійного успіху та трудової самореалізації молоді з інвалідністю. Крім того, велике значення має також формування культури сприйняття молоді з інвалідністю як рівних членів суспільства в суспільно значущих сферах (влади, управління, виробництва, науки, фінансовій сфері), при цьому значну роль у цьому мають відіграти засоби масової інформації та просвітницька діяльність.

# РОЗДІЛ 3 ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ В СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## 3.1 Соціальне дослідження на тему «Ставлення сучасної молоді до молоді з інвалідністю»

Ставлення сучасної молоді до молоді з інвалідністю може служити індикатором розвиненості суспільної свідомості. Зараз в Україні спостерігається дискримінація молоді з обмеженими можливостями. Якщо ж поглянути на наше суспільство, то перед очима стоїть картина, що жахає. Нас називають найтолерантнішою країною, проте чи насправді це так?

Для того, щоб це дізнатися було проведено соціальне дослідження на тему «Ставлення молоді до молоді інвалідністю». Основою дослідження стала розроблена анкета на базі анкет Л.М. Шіпіцин і М.Є. Чайковський.

Питання, запропоновані в анкеті, були складені так, щоб відповідали таким основним вимогам:

1. Однозначність формулювань і сенсу питань.

2. Відсутність незрозумілих респонденту термінів, оцінок і одиниць вимірювання.

3. Обмеження варіантів відповідей на питання (не більше п'яти).

**Метою проведення анкети**(Див. Додаток А) є оцінка ставлення і інформованості молоді про молодь з інвалідністю.

Анкета включає в себе 19 питань які носять змістовний характер і дозволяє з'ясувати обізнаність, думку і ставлення респондентів до молоді з інвалідністю. Питання розраховані на респондентів які навчаються на денній та заочній формі та працюють, вікова категорія 17-29 років.

У анкетуванні взяло участь 51 респондент віком 17-29 років. Із них

* студенти денної форми – 22 чол.
* студенти заочної форми, працюють – 12 чол.
* працюють – 17 чол.

Отримані результати по соціальному досліджені представлені у вигляді кругової діаграми із відсотковим співвідношенням відповідей.

**1. Чи достатньо на Ваш погляд висвітлюються проблеми молоді з інвалідністю в засобах масової інформації?**

Так – 39%

Ні – 53%

Не знаю – 8%

Байдуже – 0%

У опитуванні на це питання «Рис.Б.1.» відповіли 51 респондент. Вини заявляють про нестачу інформації у ЗМІ про проблеми молоді з інвалідністю 53%, 39% респондентів вважають що достатньо висвітлюють проблеми молоді з інвалідністю у ЗМІ, а 8% респондентів не мають думки з цього питання (вибрали відповідь «не знаю») і раніше не мали.

**2. З яких джерел Ви дізналися про проблеми молоді з інвалідністю?**

 Телебачення – 100%

 Газети – 0%

 Журнали – 0%

 Популярна література – 0%

В якості основного джерела інформації «Рис.В.2» 100% респондентів називали: телебачення. Інші джерела інформації не є актуальними.

**3. Чи є в Україні закони, що захищають права молоді з інвалідністю?**

Так – 61%

Ні – 12%

Не знаю – 27%

На дане питання «Рис.Г.3» відповіли 51 респондент. 61% респондентів які дали позитивну відповідь вважають себе проінформованими з даного питання, 27% являються необізнаними про наявність законів, що захищають права молоді з інвалідністю, а 12% респондентів вважають, що в Україні взагалі немає законів які-б захищали права молоді з інвалідністю.

**4. Чи є в нашому місті служби та організації, які надають допомогу молоді з інвалідністю?**

Так – 55%

Ні – 18%

Не знаю – 27%

На дане питання «Рис.Д.4» відповіли 51 респондент. 55% респондентів знають, що у нашому місті є соціальні служби які надають допомогу молоді з інвалідністю. Після опитування респондентів простежується тенденція незнання про існування таких служб – 27%, а 18% – вважають, що таких служб взагалі не існує.

**5. Як Ви ставитеся до молоді з інвалідністю?**

Позитивно – 76%

Негативно – 12%

Байдуже – 12%

При проведенні опитування виявлено позитивне ставлення більшої частини населення «Рис.Ж.5.» до молоді з інвалідністю – 76%, інші 24% розподілилися порівно на негативне ставлення молоді до молоді з інвалідністю – 12% і 12% респондентів якім взагалі байдуже до молоді з інвалідністю.

**6. Які позитивні риси особистості Ви можете відзначити у молоді з інвалідністю?**

Доброзичливість – 30%

Наполегливість у досягненні мети – 29%

Працездатність – 17%

Терпіння – 24%

При проведені опитування «Рис.К.6.» респондентів виявлено що серед позитивних якостей найчастіше відзначається доброзичливість – 30% і наполегливість у досягненні мети – 29%. Також 24% респондентів вважають позитивною рисою молоді з інвалідністю – терпіння, рідше інших позитивних якостей молоді з інвалідністю назвали – працездатність.

**7. Які негативні риси особистості Ви можете відзначити у молоді з інвалідністю?**

Заздрісність – 13%

Недовіра до оточуючих – 51%

Брак ініціативи – 25%

Надмірне почуття жалості до себе – 12%

Думки про негативні якості молоді з інвалідністю досить різноманітна «Рис.Л.7.». Респонденти не відзначають у молоді з інвалідністю надмірного почуття жалості до себе – 11%, вважаючи головним недоліком молоді з інвалідністю недовіра до оточуючих – 51%. Також 25% респондентів вважають, що у молоді з інвалідністю спостерігається брак ініціативи і 13% вважають, що молоді інваліди мають негативну рису особистості як - заздрість.

**8. Як Ви почуваєте себе коли знаходитесь біля молодої людини з інвалідність?**

Добре – 76%

Погано – 11%

Байдуже – 13%

На даний час спостерігається позитивне ставлення молоді до молоді з інвалідністю «Рис.М.8.». Це можливо виникло завдяки тому, що молодь з інвалідністю почали поступово соціалізувати у соціумі. Вони почали навчатись та працювати разом із здоров’ю молоддю, а не бути ізольованими від них. Тому більшість респондентів дали позитивну відповідь на питання – 76%. Решта 24% розподілились на респондентів якім байдуже – 13% і респондентів які себе погано почувають біля молодої людини з інвалідністю – 11%.

**9. В якій школі найкраще було б вчитися дітям з інвалідністю?**

В спеціальній школі – 24%

В спеціальному класі загальноосвітньої школи – 32%

В звичайному класі загальноосвітньої школи – 40%

Вдома – 4%

Оптимальним місцем для навчання дітям з інвалідністю більшість респондентів вважають «Рис.Н.9.» навчання в звичайному класі загальноосвітньої школи – 40%. Такий вибір обумовлений двома основними причинами:

– Соціалізація дітей з інвалідністю;

– «Турбота» про права і соціальний розвиток дітей з інвалідністю.

Решта респондентів поділилися на таку групові дімку: 32% вважають, що дітям з інвалідністю потрібно навчатися у спеціальному класі; 24% вважають, що навчання повинне здійснюватися у спеціальній школі і 4% вважають, що ці діти повинні навчатися вдома.

**10. На Вашу думку, найбільш ефективним і доцільним є здобуття вищої освіти молоддю з особливими потребами?**

У спеціальному вищому навчальному закладі – 28%

У спеціальній групі звичайного вищого навчального закладу – 39%

В інклюзивному закладі вищої освіти – 33%

Оптимальним місцем для навчання молоді з інвалідністю більшість респондентів вважають «Рис.О.10.» навчання у спеціальній групі звичайного вищого навчального закладу – 39%. Решта респондентів поділилися на дві групові думки: 33% респондентів вважають що молодь з інвалідністю повинна навчатися в інклюзивному закладі вищої освіти, а 28% – навчання повинне здійснюватись у спеціальному вищому навчальному закладі.

**11. Як Ви ставитесь до спільного навчання молоді з особливими потребами зі здоровими ровесниками?**

як до способу навчання у виняткових випадках – 30%

як до можливого способу здобуття вищої освіти – 35%

як до найдоцільнішого способу навчання – 35%

При проведенні опитування респондентів на дане питання «Рис.П.11.» було виявлено, що 35% вважають спільним навчанням з молоддю з інвалідністю є найдоцільнішим способом, також 35% вважають спільне навчання як до можливого способу здобуття вищої освіти, а 30% вважає, що спільне навчання повинно бути у виняткових випадках.

**12. Чи навчається з Вами молодь з інвалідністю? «для тих хто навчається»**

Так – 56%

Ні – 44%

Для того, щоб прослідкувати за тим чи навчається молодь з інвалідністю у ВНЗ «Рис.Р.12.» було поставлене дане питання. Ми спостерігаємо, що 56% респондентів відповіли, що з ними навчається молодь з інвалідністю, а 44% - дали відповідь негативну.

**13. Чи працює з Вами людина з інвалідністю? «для тих хто працює»**

Так – 55%

Ні – 45%

Для того, щоб прослідкувати за тим чи працює молодь з інвалідністю разом із здоровою молоддю «Рис.С.13.» було поставлене дане питання. Ми спостерігаємо, що 55% респондентів відповіли, що з ними працює молодь з інвалідністю, а 45% – дали відповідь негативну.

**14. Як Ви ставитеся до того, щоб молодь з інвалідністю навчалася разом з вами ? «для тих хто навчається»**

Позитивно – 59%

Негативно – 6%

Байдуже – 35%

Дана статистика має позитивні показники «Рис.Т.14.». На дане питання респонденти відповіли, що вони позитивно ставляться до того, щоб молодь з інвалідністю навчалась разом з ними – 59%; 35% байдуже чи навчається, чи не навчається з ними молодь з інвалідністю, а 6% відповіли, що категорично проти того, щоб така молодь навчалась разом з ними.

**15. Як Ви ставитеся до того, щоб молодь з інвалідністю працювала разом з вами? «для тих хто працює»**

Позитивно – 79%

Негативно – 4%

Байдуже – 17%

Кращу статистичну картину, ніж на попереднє питання, ми бачимо на питання ставлення молоді до того, щоб молодь з інвалідністю працювала разом з ними «Рис.У.15.». Мабуть це обумовлено тим, що категорія респондентів, яка давала відповідь на це питання були у дорослішій віковій категорії. На питання, респонденти відповіли, що вони позитивно ставляться до того, щоб молодь з інвалідністю працювала разом з ними – 79%; 17% байдуже чи працює з ними молодь з інвалідністю, а 4% відповіли, що категорично проти того, щоб така молодь працювала разом з ними.

**16. Чи потрібна державна допомога молоді з інвалідністю?**

Так – 96%

Ні – 4%

Байдуже – 0%

Результати опитування про необхідність надання державної допомоги молоді з інвалідністю «Рис.Ф.16.» показали, що майже всі респонденти згодні з необхідністю надання державної допомоги молоді з інвалідністю – 96%, а лише 4% взагалі не згодні, щоб держава допомагала цій категорії молоді.

**17. Чи потрібна державна програма працевлаштування молоді з інвалідністю, створення для них робочих місць?**

Так – 96%

Ні – 4%

Байдуже – 0%

Більшість респондентів на це питання «Рис.Х.17.» висловили свою думку за ухвалення державної програми працевлаштування молоді з інвалідністю – 96%, а 4% респондентів вважають, що молоді з інвалідністю не потрібна допомога держави по працевлаштуванню.

## 3.2Аналіз результатів експериментальних досліджень

Сучасне ставлення молоді до молоді з інвалідністю можна в цілому охарактеризувати як позитивне. Але наша молодь не до кінця проінформована про проблеми молоді з інвалідністю. Основними джерелами отримання відомостей є електронні ЗМІ і газети, але провідна роль належить телебаченню. Більше має бути висвітлюватися інформація про закони, які захищають права молоді з інвалідністю, про служби і організації, що надають соціальну допомогу і підтримку у соціалізації.

Визнаючи множинність проблем молоді з інвалідністю, молодь готова щоб держава допомагала молодим інвалідам у вигляді соціальних допомог, що свідчить про гуманне ставлення. Також велика частина суспільства згодна з державною програмою працевлаштування молоді з інвалідністю.

Нажаль готовність сучасної молоді до інтеграції з молодими інвалідами ще досить низька. Більша частина вважає, що молодь з інвалідністю повинна навчатися в звичайних класах та у звичайних ВНЗ. Але певна кількість сучасної молоді все ж таки вважає, що молоддю з інвалідністю повинні навчатися у спеціальних класах та у спеціальних закладах. Не зважаючи на діючий закон про інтеграцію інвалідів, їм і досі важко навчатися у звичайних навчальних закладах. Ця проблема виникла через те, що багато навчальних закладів не мають архітектурну доступність для молоді з інвалідністю, сучасна молодь їх не сприймає у своєму крузі спілкування. На щастя ми маємо не велику кількість ВНЗ які з радістю приймають і навчають молодь з інвалідністю. Одним із таких являється ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». Цей навчальний заклад є інтегрованого типу, він забезпечує рівний доступ до якісної освіти всім членам суспільства, зокрема молоді з інвалідністю, шляхом реалізації політики рівних можливостей.

Також дану проблему покликані вирішувати спеціальні установи, мета яких – допомогти молоді самоствердитися, соціально інтегруватися, наскільки це можливо. Для того, щоб всебічно допомогти певною мірою, спеціалізовані установи в роботі з молоддю з інвалідністю повинні стати для них не основним місцем для соціально інтегруватися. Важливе завдання спеціалізованих установ полягає в тому, щоб сформувати в суспільстві розуміння проблем молоді, які мають особливості в розвитку.

Після обґрунтування соціального дослідження можу сказати, що для покращення життя молоді з інвалідністю потрібно, щоб наша держава належно допомагала у вигляді фінансової допомоги, створювала і реалізувала у повному обсязі державні програми по наданню робочих місць на підприємствах з обладнанням, по медичним вимогам кожного працюючого. Створювала державні програми для безкоштовного лікування та реабілітації у медичних закладах інших країн.

Держава повинна обладнати, на законодавчому та виконавчому рівні, всі громадські місця звуковим та сенсорним сповіщенням. Всі дороги, тротуари та прибудинкові території повинні бути пристосованими для молоді які передвигаються на візках. Держава повинна забезпечити громадським транспортом який облаштований під медичні потреби молоді з інвалідністю.

Соціальна інтеграція є засобом соціального розвитку суспільства. В якості засобу вона відображає здатність суспільства розвиватися на принципах недискримінації, терплячості, поваги, рівності можливостей, всього населення, в тому числі молоді з інвалідністю.

Соціальна інтеграція молоді з інвалідністю – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених людиною суспільних зв’язків та відносин. Метою якої є визначення соціального статусу, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

Соціальна інтеграція молоді з інвалідністю – це складний процес, що потребує розробки методології і методики соціально-орієнтованої моделі роботи із зазначеним контингентом. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до молоді з інвалідністю, які потребують не тільки матеріальної, гуманітарної підтримки, заходів медичної, професійної, соціально-побутової реабілітації, а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, фізичному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Іншою важливою складовою соціальної інтеграції є реабілітація, основна мета якої – відновлення соціального статусу молоді з інвалідністю та їх соціальна адаптація. Реабілітація має тісний зв’язок із відновлювальним лікуванням і адаптацією: у процесі лікування усувають хворобливі патологічні прояви, а під час реабілітації впливають на залишкові, здатні до відновлення, функції.

Потрібно створювати і належно фінансувати Молодіжні інклюзивні центри тому, що це є невід’ємною частиною процесу соціалізації молоді з інвалідністю. Адже вони забезпечують неформальну та громадянську освіту, змістовне дозвілля, можливості для саморозвитку, сприяють покращення комунікативних здібностей, дають відчуття власної приналежності та права щось змінити. Інтеграція молоді, а також їх включення в повноцінне та активне життя є важливим етапом розвитку сучасного суспільства. Бо жодна людина чи то з інвалідністю чи то без неї, не повинна бути відокремленою від соціуму, а статус інваліда не може позбавляти можливості бути повноцінним членом суспільства.

## 3.3 Програма Реабілітації та адаптації молоді з інвалідністю

**Загальна частина**

Вивчивши і проаналізувавши тему та соціальне дослідження, хочу відмітити, що насамперед молодь з інвалідністю потребує соціалізації, підтримки і заохочення її до пізнання нового, стимулювання до дії та спілкування, а також реалізації потенційних можливостей поза межами спеціалізованих установ. Для покращення соціально-психологічного здоров’я молоді з інвалідністю була розроблена соціальна програма на тему «Реабілітація та адаптація молоді з інвалідністю».

Ця Програма спрямована на забезпечення видів діяльності необхідні для реабілітації та адаптації молоді з інвалідністю: раннє виявлення, діагностика і втручання; медичне обслуговування; консультування і надання допомоги в соціальній області; підготовка до самостійного та незалежного способу життя; забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовими пристосуваннями та інше; спеціальні послуги з відновлення професійної працездатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

На даний час в Україні налічується близько 2,5 млн. інвалідів, у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів та молоді з інвалідністю. Частка осіб цієї категорії в загальній структурі населення становить близько 5 відсотків.

Реабілітація може включати заходи по забезпеченню і по відновленню функції обмеження. Процес реабілітації не припускає лише надання медичної допомоги. Він включає широкий круг заходів і діяльності, починаючи від початкової і більш загальної реабілітації і закінчуючи цілеспрямованою діяльністю, наприклад, відновлення професійної працездатності.

**Мета, напрям і основні завдання Програми**

Метою реабілітації є реабілітація та інтеграція молоді з інвалідністю в суспільство.

Виділяються наступні основні напрямки, за якими повинні реалізовуватися багатоаспектні реабілітаційні заходи:

* попередження прогресування патологічного процесу і відновлення здоров'я молоді з інвалідністю;
* відновлення особистості;
* раннє повернення молоді з інвалідністю до трудової діяльності;
* забезпечення можливості для постійної інтеграції в суспільство.

Реабілітаційний процес передбачає вирішення задач цілого ряду аспектів фізичного, побутового, трудового і професійного відновлення молоді з інвалідністю з урахуванням потенційних, компенсаторних можливостей організму. Проведення функціональної діагностики адаптаційно-компенсаторних можливостей індивіда, що визначають його біологічний, психологічний і соціальний рівні адаптації, а також тих чинників, які сприяють або перешкоджають процесу реабілітації, дозволяє дати уявлення про реабілітаційний потенціал.

Для досягнення мети Програми необхідно забезпечити виконання таких завдань:

* реалізація молоді з інвалідністю їх конституційних прав;
* проведення державної політики у сфері реабілітації, сприяння їх у суспільство;
* системний підхід до організації реабілітації молоді з інвалідністю;
* послідовність і наступність у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів;
* контроль за якістю послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення.

**Очікувані результати виконання Програми**

Реалізація Програми дозволить забезпечити:

* підтримку молоді з інвалідністю, надання їм матеріальної допомоги з метою їх соціальної підтримки; створення робочих груп з питань упровадження та розвитку інклюзивної освіти.
* створення умов для відпочинку.
* підтримку громадських організацій, статутними завданнями яких передбачена допомога та захист інтересів;
* проведення багатопрофільних реабілітаційних заходів:
1. Заходи які спрямовані на реабілітаційний потенціал молоді з інвалідністю де можливо визначити характер і ступень порушень та видів дисгармонії психічної діяльності; виявлення найбільш «збережених» психічних функцій, найбільш «сильних» сторін особи; діагностики психічних розладів і методів їх усунення.
2. Оцінка психологічного статусу молоді з інвалідністю, яка дасть можливість визначення особливо потребуючих в тривалих курсах психотерапевтичних заходів, направлених на зняття тривоги, невротичних реакцій, на формування адекватного відношення.
3. Важлива мета психологічної допомоги інвалідам — навчання хворого самостійно вирішувати проблеми, які постають перед ним, відносно професійної діяльності і сімейного життя, орієнтація на повернення до праці і в цілому до активної життєдіяльності.
4. Соціальна реабілітація, яка включає в себе систему заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення молоді з інвалідністю до активної участі у житті, відновлення соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації та ін. Соціальні заходи реабілітації охоплюють практично всі питання життєдіяльності молоді з інвалідності і об`єднують соціально-побутову та соціально-психологічну реабілітацію.
5. Соціально-психологічна реабілітація передбачає адаптацію молоді з інвалідності до соціального оточення, відновлення їх шляхом формування адекватного відношення суспільства до інваліда і інваліда до суспільства, включаючи соціально-психологічну корекцію відносин в сім'ях, трудових колективах, в суспільстві в цілому. Соціальні заходи реабілітації повинні забезпечити усунення бар'єрів, перешкоджаючих повноцінному життю молоді, чиє здоров'я не дозволяє повною мірою без відповідної адаптації їх життєвого середовища користуватися суспільними благами і самим брати участь в примноженні цих благ.
6. Психологічна реабілітація в умовах реабілітаційного центру спрямована на активацію особистого потенціалу молоді з інвалідністю для боротьби з захворюванням, мобілізацію внутрішніх ресурсів пацієнта для подолання стресової ситуації, пов’язаної з хворобою. Відповідно до реабілітаційного процесу психологічна діагностика та психологічна реабілітація впроваджуються на етапах адаптації та активації. Головними цілями психологічної реабілітації, що надається в умовах реабілітаційного центру, є: усунення депресивного стану у молоді з інвалідністю; емоційна та психологічна підтримка; зняття емоційної напруги; визначення та усвідомлення стресових факторів, наявних у житті хворого; аналіз проблемних ситуацій та вироблення способів поведінки в умовах родини та в суспільстві; інформування (вікові та психологічні особливості); об’єктивізація даних тестування в процесі реабілітації, діагностика (додаткове тестування). Використовують такі напрями, прийоми і техніки: символдрама; короткострокова позитивна психотерапія; елементи арт-терапії; музична терапія; консультація, підтримувальна терапія; елементи бібліотерапії; тренінгові ігри.
7. Психокорекційна діяльність є: психологічна підтримка - комплекс планових або епізодичних заходів, спрямованих на заохочення позитивних зрушень і результатів поведінки і діяльності інваліда; психологічний супровід являє собою альтернативний набір заходів в яких проявляється психічна активність особистості в присутності та за підтримки фахівця.

**Фінансування Програми**

Фінансування заходів і завдань Програми здійснюватиметься за рахунок коштів обласного та місцевих бюджетів із залученням інших джерел фінансування, не заборонених законодавством.

Видатки на виконання заходів Програми щороку передбачатимуться при формуванні показників місцевих бюджетів, виходячи з їх реальних можливостей.

Для забезпечення реалізації Програми передбачається також залучення благодійних внесків та гуманітарної допомоги.

З метою системного аналізу реалізації Програми проводитиметься щорічний моніторинг виконання передбачених нею заходів.

**Управління і контроль за ходом виконання Програми**

Управління виконання Програми покладається на департамент соціальної політики облдержадміністрації, який несе відповідальність за раціональне використання фінансових ресурсів, визначає форми і методи управління виконання Програми.

## Висновок до розділу 3

Інвалідність, обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, придбанні професійних навиків тощо, спричиняє соціальну ізоляцію молоді з інвалідністю. Засвоєння молоді з інвалідністю соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин, потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль. Успішність цих заходів забезпечується знаннями про сутність, завдання та закономірності процесу соціальної інтеграції та її складових (соціальної адаптації, реабілітації та інклюзії). Формування у молоді з інвалідністю необхідності у регулярних заняттях фізичною культурою та спортом сприятиме підвищенню їхнього рівня соціальної інтеграції та позитивно вплине на соціально-культурний і моральний розвиток суспільства в цілому.

Внутрішня картина інвалідності має динамічність, що робить її соціально значущою, так як наслідки інвалідності для людини в соціально-психологічному плані завжди значніші, ніж наслідки хвороби. Це пов'язано з виникненням при інвалідності обмежень в різних сферах життєдіяльності молоді і формуванням його соціальної недостатності.

Розвиток реабілітаційних технологій в заданому ключі, орієнтованих на корекцію і формування адаптивних особистісних установок, доступність різних ресурсно-розвиваючих видів психологічної допомоги та підтримки, забезпечить психологічну готовність молоді до змін. Це можливо за рахунок здобуття психоемоційної стабільності, розуміння нового себе, своїх умов, що змінилися, можливостей і свого місця в житті. Подальший розвиток реабілітаційних технологій послужить більш успішній інтеграції в суспільне соціально-економічне життя значної кількості молоді з інвалідністю.

# ВИСНОВКИ

1. Проблема інвалідності є далеко не новою і охоплює, без перебільшення, всю історію людства. Фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив індивідних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для молоді з інвалідністю, але також про дружнє або недружнє середовище. Це обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення молоді з інвалідністю, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію молоді з інвалідністю, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

2. Молодь з інвалідністю потребує постійного соціального захисту, допомоги та підтримки. З метою соціального захисту молоді з інвалідністю приймаються закони, виділяються кошти на організацію лікування, реабілітації, освіти та дозвілля, вживаються заходи щодо без бар'єрному доступу в різні структури і забезпечення інформацією. Для їхнього здоров'я передбачаються додаткове харчування, літній відпочинок і т.п. Однак будь-яких зусиль держави буде недостатньо, якщо не проводити цілеспрямовану інформативну роботу з здоровою молоддю та їх сім'ями про закони , права та забезпечення посильної інтеграції в суспільство молоді з інвалідністю.

3.Соціальна робота з молоддю з інвалідністю, є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи. Особливістю соціальної можна назвати те, що працівники реабілітаційних центрів та соціальних служб мають на меті допомогти адаптуватись їм повноцінно жити та не відчувати себе виключеними з соціуму.

Соціальна реабілітація молоді з інвалідністю — це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених людиною суспільних зв’язків та відносин. Специфікою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу особи, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності, культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості. Ще однією особливістю організації соціальної роботи є надання допомоги.

Методи, які використовують в соціальній роботі з молоддю з інвалідністю, до них можна віднести психологічні методи (діагностика, корекція, психотерапевтичні тренінги, психологічний відбір, психологічна адаптація, методи психотерапії), педагогічні методи (формування свідомості, методи організаційної діяльності, методи стимулювання, ігрові методи, методи включення, арт-терапії, соціальне навчання, методи схвалення), соціологічні методи (метод спостереження, соціометричний метод, експеримент, метод експертних оцінок, аналіз документів). Серед методик є корекційні, проективні методики та методики психологічних тренінгів. Слід зазначити, що на свідомість і поведінку людей впливає багато взаємопов'язаних факторів, тому методи соціальної роботи слід застосовувати у комплексі.

4.Україна формує державну соціальну політику стосовно молоді з інвалідністю і надає пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності». І найголовніше – не сприяє ширшому залученню людей з інвалідністю до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав, як громадян країни.

Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав молоді з інвалідністю на рівні з іншими громадянами країни. Для цього потрібно здолати існуючі бар’єри невлаштованого соціуму, удосконалити законодавство і посилити контроль за його дотриманням, змінити у ряді випадків ставлення суспільства до проблеми інвалідності.

Політика держави у цій сфері має базуватися на вже існуючих тенденціях світових інноваційних підходах до розв’язання проблем інвалідності, та кращому практичному досвіді.

5. У реальних умовах всі означені моделі спрямовані на молодь з інвалідністю, на реалізацію її внутрішнього потенціалу. З цією метою у кожному окремому випадку розробляються спеціальні методики і технології, розраховані на роботу з молоддю з інвалідністю. Тому необхідно вибрати тільки потрібні позитивні розробки з кожної моделі, та створити комплексний підхід до розв’язання проблем, з якими стикаються молоді інваліди.

6.Досягнення в Україні цілей людського розвитку поряд з вирішенням багатьох проблем вимагає створення умов для повноцінного суспільного життя молоді з інвалідністю. Молодь з інвалідністю потребують не лише посилення державного соціального забезпечення, а й створення умов для реалізації їхнього права на працю, навчання та зайнятість. Працевлаштування зумовлене передусім наявністю вільних робочих місць, на які вони можуть працевлаштуватися відповідно до своїх бажань, нахилів і можливостей.

Проте вони все ще мають обмежений доступ до якісних послуг з професійного навчання, стикаються з труднощами при працевлаштуванні, не завжди одержують гідну зарплату за свою працю.

Розв'язати проблему продуктивної зайнятості молоді з інвалідністю неможливо зусиллями якогось окремого органу чи організації, навіть такої потужної, як державна служба зайнятості. Потрібна плідна співпраця з органами державної виконавчої влади і місцевого самоврядування, навчальними закладами і медичними установами, фондами соціального захисту інвалідів і державного соціального страхування, громадськими організаціями людей з інвалідністю, молодіжними і доброчинними організаціями, волонтерами, засобами масової інформації тощо.

7. Перед сучасним суспільством стоїть актуальна проблема створення умов рівних можливостей, що сприяють засвоєнню молоді з інвалідністю соціального досвіду та становленню їх як рівноправних членів суспільства. На превеликий жаль, не всі молоді особи з інвалідністю можуть з успіхом забезпечити своє щасливе майбутнє, так як кожного дня вони стикаються з рядом проблем, такі як: недостатня оснащеність архітектурних приміщень, немає змоги безпечно дістатися до місця навчання або роботи, недостатня кількість спеціальних приладів для навчання, аби покращити їхню продуктивну діяльність, краще сприймати матеріал; не всі роботодавці наважуються взяти молоду людину з інвалідністю, хоча це передбачено законом, та головне, це зовсім невелика участь держави у покращенні їхнього соціального, матеріального та морального добробуту.

Соціалізація молодих осіб з інвалідністю є важливою ланкою в процесі становлення її як повноцінної особистості. Здобуття вищої освіти та працевлаштування молоді з інвалідністю регламентовано безліччю законодавчими актами України, які передбачають доступність для кожного громадянина усіх форм освітніх послуг; їх безперервність і різноманітність; рівноправність умов для їх реалізації та обов’язкове працевлаштування.

8. Соціальна інтеграція молоді з інвалідністю – це складний процес, який потребує розробки методології та методики соціально-орієнтованої моделі роботи зі зазначеним контингентом. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до молоді з інвалідністю, які потребують не тільки матеріальної, гуманітарної підтримки, заходів медичної, професійної, соціально-побутової реабілітації, а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, фізичному, моральному та духовному самовдосконаленні.

Сучасна молодь не готова визнати молодь з інвалідністю повноправними членами суспільства. Вона має змінити свій погляд на молодь з інвалідністю, навчитися їх поважати, враховувати їхню думку, спосіб самовираження і досвід. Насамперед сучасна молодь повинна перестати жахатися від молоді з інвалідністю і позбутися стереотипів в суспільстві, який не дозволяє спокійно сприймати всіх без винятку, не зважаючи на індивідуальні відмінності.

9. Проведене соціальне дослідження показало те, що ставлення молоді до молоді з інвалідністю є досить позитивне. Не дивлячись на те, що значна кількість молоді позитивно відноситься до молоді з інвалідністю, але нажаль є молодь якій зовсім байдуже на них. Ця соціальна проблема виникла в наслідок того, що молодь не до кінця обізнана і проінформована про їх проблеми. Найважливішою проблемою молоді з інвалідністю – це все ж таки ставлення оточуючих до них. Коли ми це подолаємо у собі, тоді кількість подібних ситуацій почне стрімко зменшуватися. Молодь з інвалідністю перестане сидіти в чотирьох стінах, почне навчатись у звичайних навчальних закладах та повноцінно працювати на тій роботі.

Для покращення соціалізації молоді з інвалідністю потрібно створювати все більше соціальних програм і виконувати їх на державному рівні. Ці програми покращать життя молоді з інвалідністю, змусить не відчувати себе відчуженими у соціумі, дасть змогу реалізувати себе у тих професіях які їм до вподоби. Під час реалізації цих соціальних програм, насамперед наше суспільство дізнається про молодь з інвалідністю, навчиться толерантно ставиться до них, приймати їх як рівноправних члені суспільства.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1.Закон України «Про соціальні послуги», від 17.01.2019 р. №2671-VIII

2.Закон України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», від 16.11.2000 р. №2109-III зі змінами станом на 2019 р.

3.Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні. Закон України від 21 березня 1991 року № 875-XII.

4.Проект Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення працевлаштування інвалідів» від 24.05.

5.Про реабілітацію інвалідів в Україні. Закон України від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV. Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів. — К.: Всеукр. громад.-політ, об'єднання "Національна Асамблея інвалідів України", 2005. — Вип. 3. — 248 с.

6.В.П. Андрущенко, В.П. Бех, М.П. Лукашевич, 1.1. Мигович, І.М. Пінчук \ Соціальна робота ; Ін-т вищої освіти АПН України; Держ. центр соц. служб для молоді. — К.: УДЦССМ, 2001. — Кн. 2: Навчальний посібник. — 440 с.

7.В.П. Андрущенко, В.П. Бех, М.П. Лукашевич, І.І. Мигович, І.М. Пінчук \ Соціальна робота; Ін-т вищої освіти АПН України; Держ. центр соц. служб для молоді. — К.: УДЦССМ, 2001. — Кн. 3: 36. навч. програм. — 332 с.

8.Методи та технології роботи соціального педагога / Автори – укладачі: С.П. Архипова, Г.Я. Марборода, О.В. Тютюник. Навчальний посібник. – 2-ге вид. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – С. 370- 384.

9. Безпалько О.В. Соціальна робота в громаді:навч. посіб. для ВНЗ/О. В.Безпалько. – К. :Центр навч. літ., 2005. – 176 с.

10.БабенкоІ. Г. Соціально-психологічна реабілітація бездоглядних дітей: навч.метод. посіб. / I.Г. Бабенко. – Житомир :ЖДУ, 2006. – 200 с.

11. Безпалько О.В. Соціальна робота в громаді:навч. посіб. для ВНЗ/ О.В.Безпалько. К.:Центр навч. літ., 2005. – 176 с

12.Безпалько О.В. Соціальна робота в громаді: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів / Академія праці та соціальних відносин. — К.: Центр навч. літератури, 2005. — 172 с.

13.Вострих О.Ю., Дульнєва Н.В., Марінцова С.Г. Права людини і обов’язки держави. Соціальні права та проблеми подолання дискримінації. Вид. 2-ге, допов. Миколаїв: Ємельянова Т.В. [вид.], 2013. 193 с.

14.Гансова Е.А. Соціальна політика та соціальна робота: навч. посіб. / Е.А. Гансова, О.М. Лисенко. – О., 2005. – 208 с.

15.Горпинич О.В. Соціальна робота як фактор формування громадянського суспільства: Автореф. Дис. канд. філос. наук: 09.00.03. — К.: Ін-т вищої освіти АПН України, 2005. — 18 с.

16. Горпинич О.В. Соціальна робота як фактор формування громадянського суспільства: Дис.канд. філос. наук: 09.00.03 / Запорізький держ. ун-т. — Запоріжжя, 2005. — 197 с.

17.Грига І.М. Соціальна робота в охороні здоров'я: Метод, рек. по проведенню навч. курсу для магістеріуму / Шк. соц. роботи Нац. ун-ту "Києво-Могилянська академія". — К.: Вид. дім "KM Academia", 2001.— 82 с. — (Методична серія).

18.Управлінські аспект соціальної роботи: курс лекцій/ М.Ф Головатий (кер. авт. кол.), М.П. Лукашевич, Г.А. Дмитренко [та ін.]; за ред. М.Ф.Головатого. – К.: МАУП, 2004. – 368 с

19. Домбровська Л.Ю. Формування соціальних стереотипів інвалідності –2009. № 2. С. 63-66.

20.Домбровська А.Ю. Формування соціальних стереотипів інвалідності.

21.Звєрєва І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К., 1995, 98 с.

22.І.Д. Зверева, О В. Безпалько, О.І. Янкович [та ін.]; Соціальна робота в Україні:навч. посіб. / за заг. ред. І.Д. Звєрєвої, Г.М. Лактіонової. – 2-ге вид.,перер., доп. – К. :Центр навч. літ., 2004. – 256 с.

23.Соціальна робота з людьми з особливими потребами. Методичні матеріали для тренера. / Під заг.ред. І.Звєрєвої. – К.: Наук.Світ, 2002. – 50 с.

24.Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції / Упоряд. І.Д. Зверева,І.Б. Іванова. — К.: А.Л.Д, 1995. — 94 с.

25.Соціальна робота в Україні:навч. посіб. / І.Д. Зверева, О В. Безпалько, О.І. Янкович [та ін.]; за заг. ред. І.Д. Звєрєвої, Г.М. Лактіонової. – 2-ге вид.,перер., доп. – К. :Центр навч. літ., 2004. – 256 с.

26.Соціальна робота в Україні / За заг. ред. І.Д. Звєрєвої, Г.М. Лактіонової. — К.: Наук, світ, 2003.

27.Іванова І.Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам в системі соціальних служб для молоді: інвалід і суспільство: проблеми інтеграції / Упоряд. І.Д. Зверева, І.Б. Іванова. — К.: А.Л.Д., 1995. — С.123

28.Іванова І.Б. Соціальнаробота з людьми з особливими потребами:Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. – К.: “ПВП “Задруга”, 2011 – с. 395.

29.Косенко О. Реабілітація – справа загальнонаціональна // Соціальний захист. – 2005. – №9. – С.14-16.

30.Кузьмін В. Реалізація завдань держави в сфері соціального захисту інвалідів: Дніпропетровська область // Соціальний захист – 2007.– №2.– С.25-26.

31. А.Й. Капська, О.В. Безпалько, P.X. Вайнола [та ін.] / Соціальна робота:технологічний аспект: навч. посіб.; нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. –К.:Центр навч. літ., 2004. – 352 с

32.Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Капської. — К.: Центр навч. літ., 2004. — С. 172-179.

33.Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників / За ред. проф. Капської А.Й. – К.: ДЦССМ, 2003. – 168 с.

34.Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола, О.В. Вакуленко, О.Г. Карпенко; Держ. центр соц. служб для молоді М-ва України у справах сім'ї, дітей та молоді; Ін-т соц. роботи та управління Нац. пед. ун-ту ім. М.П. Драгоманова. — К.: ДЦССМ, 2004. — 362 с.

35.Лукашевич M.П. Соціальна робота:(теорія і практика):підруч. / М.П.Лукашевич, T.В.Семигіна– К.:Каравела,2009. – 368с.

36.Лебедєв І. Реабілітація і соціальна інтеграція інвалідів // Людина і труд – 2007.– №4. – C.35.

37.Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи: Навч. посіб. – 2-ге вид., доп. і випр. – К.: МАУП, 2003. – 168 с.

38.Малюга Л.Ю. Соціальний захист інвалідів та постраждалих внаслідок катастрофи на ЧАЕС в Україні: навч. посіб. Київ: Алерта, 2016. 326 с.

39.Морозова Е.А., Шевель П.П. Вплив менталітету на ставлення до інвалідів.

40.Малюга Л.Ю. Деякі аспекти підтримки інвалідів державними органами в працевлаштуванні. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки». 2014. Випуск 4. Том 1. С. 219-223.

41.Працевлаштування молоді з інвалідністю: Навч. посіб. / [Ю.М. Маршавін, Д.Ю. Маршавін, М.В. Судаков, Л.В. Бондарчук; за заг. ред. Ю.М. Маршавіна]. – К.: ІПК ДСЗУ, – 2010. – 184 с.

42.Невлева І.М., Соловйова Л.В. Теорія соціальної роботи: Навчальний посібник. – Білгород: Кооперативний освіта. 2005. – 431 с.,

43. Павленок П.Д. Технології соціальної роботи в різних сферах життєдіяльності / П.Д. Павленко. – М.: «Дашков і К», 2006. – 596 с.

44.«Вступ до спеціальності «Соціальна робота»: конспект лекцій / укладач: В.П. Павленко. – Суми: Сумський державний університет, 2017. – 84 c.

45.Соціальна робота в Україні:перші кроки/підред. В. Полтавця. – К.:Академія, 2000. – 239с.

46. Сейко Н.А. Соціальна педагогіка: курс лекцій / Н.А. Сейко. – Житомир: Житомир.держ. пед. ун-тет, 2002. – 260 с.

47. Сорока О.В. Арт-терапія в соціальній сфері Курс лекцій / Тернопіль, ТДПУ, 2008. – 86 c.

48.Смірнова Е.Р., Наберушкіна Э.К. Соціальная робота с інвалідами. – СПб.: Пітер, 2005. – 316 с.

49.Стоялова О.В., Довгалюк І.С. Інтеграція дітей та молоді з функціональними обмеженнями у суспільство // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2005. – №3. – С. 123-129.

50.Вступ до соціальної роботи: Навч. посібник / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К: Академвидав, 2005

51.Теоріїі методи соціальної роботи: підруч./ заред.:Т.В.Семигіної, І.І.Миговича. – К.:Академія, 2005. –328 с.

52.СемигінаТ.В. Вступ до соціальної роботи: навч. Посіб .для ВНЗ, 2005. – 304 с.

53.Сіньова Л.М. Законодавчі зміни в сфері соціального захисту осіб з інвалідністю. Актуальні питання юриспруденції: теоретичний та практичний вимір : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Суми, 25-26 квітня 2018 року). У 2-х частинах. Частина 2. Суми, 2018. 280 с.

54.Вступ до соціальної роботи: навч.посіб. для ВНЗ /Т.В.Семигіна, І.І. Мигович, І.М.Грига[таін.]; заред.Т.В.Семигіної, I.I.Миговича. – К.:Академвидав, 2005. – 304 с.

55. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота: теорія і практика. – К.: Знання, 2008. – 574 с.

56.Вступ до спеціальності: соціальна робота. Модуль 2: навч. посіб. / Тимошенко Н.Є. — К.: Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2014. — 264 с.

57.Актуальні проблеми виховання та навчання студентів з особливими потребами: 36. наук, праць / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В. Онкович. — К.: Вид-во "Університет "Україна", 2000. — 384 с.

58.Холостова Е.И., Дементьєва Н.Ф. Соціальна реабілітація: Підручник. – М.: Торговая корпорація «Дашков і Ко», 2005. – 340 с.

59.Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С.Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. — Луганськ: Альма-матер, 2003. — 198 с.

60.Шаргородська С. Реабілітація дітей з особливими потребами з досвіду роботи групи практичних психологів і соціальних педагогів // Психолог. – 200 4. – №10-11. – С. 56-59.

61.Шевцова А.Г. Ресурси реабілітації // Соціальний захист. – 2006. – №2. – С. 33-37.

62.Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навч. Посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2006.

63. Шевчук П.І. Соціальна політика: Навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / Шевчук Петро Іванович. – 2-ге вид. – Львів: Світ, 2005. – 400 с.

64.Яременко О. Реабілітація дітей з порушеннями рухової діяльності // Психолог. – 2005. – №37-38. – С. 53-57.

65. Ярская-Смірнова Е.Р. Соціальна робота з інвалідами: під. / Е.Р. Ярская-Смірнова, Є.К. Наберушкіна. – 2-й вип., 2005. – 316 с.

66.Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами. – К.: Держсоцслужба, 2005. – 108 с.

67.Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Офіційний переклад. — Національна Асамблея інвалідів України, 2003. — 40 с.

68.Ботанов С., Мойса Б. Пропозиції до політики щодо працевлаштування осіб з інвалідністю. 2017

69. Горішна Н. (2020). Розвиток категорії інклюзивна освіта у філософськоосвітніх концепціях та сучасному науковому дискурсі. Social Work and Education. Vol. 7, No. 1. Ternopil-Aberdeen, 2020. pp. 65-75. DOI: 10.25128/2520-6230.20.1.5.

70.Навчальні матеріали онлайн (pidruchniki.website) © 2010-2020 info{aт}pidruchniki.com)

**ДОДАТКИ**

*Додаток А*

**АНКЕТА**

Шановні друзі!!!

Просимо вас взяти участь у соціологічному дослідженні, що проводиться з метою з'ясування ставлення української молоді до молоді з інвалідністю. Вам буде запропоновано декілька питань. Виберіть варіант відповіді, найбільш відповідний вашій думці. Анонімність і конфіденційність отриманої інформації гарантуємо.

Мета: проаналізувати ставлення молоді до молоді з інвалідністю.

Форма: індивідуальна

Вік: 18-29років

Час: 15-20хв.

**Заздалегідь дякуємо!**

1. Чи достатньо на Ваш погляд висвітлюються проблеми молоді з інвалідністю в засобах масової інформації ?

Так

Ні

Не знаю

Байдуже

2. З яких джерел Ви дізналися про проблеми молоді з інвалідністю?

 Телебачення

 Радіо

 Газети

 Журнали

 Популярна література

 Наукова література

3. Чи є в Україні закони, що захищають права молоді з інвалідністю ?

Так

Ні

Не знаю

4. Чи є в нашому місті служби та організації, які надають допомогу молоді з інвалідністю ?

Так

Ні

Не знаю

5. Як Ви ставитеся до молоді з інвалідністю ?

Позитивно

Негативно

Байдуже

6. Які позитивні риси особистості Ви можете відзначити у молоді з інвалідністю?

 Доброзичливість

 Наполегливість у досягненні мети

 Працездатність

 Терпіння

7. Які негативні риси особистості Ви можете відзначити у молоді з інвалідністю?

Заздрісність

Недовіра до оточуючих

Брак ініціативи

Надмірне почуття жалості до себе

8. Як Ви почуваєте себе коли знаходитесь біля молодої людини з інвалідність?

Добре

Погано

Байдуже

9. В якій школі найкраще було б вчитися дітям з інвалідністю?

В спеціальній школі

В спеціальному класі загальноосвітньої школи

В звичайному класі загальноосвітньої школи

Вдома

10. На Вашу думку, найбільш ефективним і доцільним є здобуття вищої освіти молоддю з особливими потребами?

У спеціальному вищому навчальному закладі;

У спеціальній групі звичайного вищого навчального закладу;

В інклюзивному закладі вищої освіти.

11. Як Ви ставитесь до спільного навчання молоді з особливими потребами зі здоровими ровесниками?

як до способу навчання у виняткових випадках;

як до можливого способу здобуття вищої освіти;

як до найдоцільнішого способу навчання

12. Чи навчається з Вами молодь з інвалідністю ? «для тих хто навчається»

Так

Ні

13. Чи працює з Вами людина з інвалідністю ? «для тих хто працює»

Так

Ні

14. Як Ви ставитеся до того, щоб молодь з інвалідністю навчалася разом з вами? «для тих хто навчається»

Позитивно

Негативно

Байдуже

15. Як Ви ставитеся до того, щоб молодь з інвалідністю працювала разом з вами? «для тих хто працює»

Позитивно

Негативно

Байдуже

16. Чи потрібна державна допомога молоді з інвалідністю

Так

Ні

17. Чи потрібна державна програма працевлаштування молоді з інвалідністю, створення для них робочих місць?

Так

Ні

Байдуже

18. Вкажіть Ваш вік

\_\_\_\_\_\_\_

19. Чим Ви займаєтесь?

Студент денної форми навчання

Студент заочної форми навчання

Працюю

**Дякуємо за участь в опитуванні**

## *Додаток Б*

«Чи достатньо на Ваш погляд висвітлюються проблеми молоді з інвалідністю в засобах масової інформації?»

## *Додаток В*

«З яких джерел Ви дізналися про проблеми молоді з інвалідністю?»

## *Додаток Г*

«Чи є в Україні закони, що захищають права молоді з інвалідністю?»

## *Додаток Д*

«Чи є в нашому місті служби та організації, які надають допомогу молоді з інвалідністю?»

## *Додаток Е*

«Як Ви ставитеся до молоді з інвалідністю?»

## *Додаток Ж*

«Які позитивні риси особистості Ви можете відзначити у молоді з інвалідністю?»

## *Додаток К*

«Які негативні риси особистості Ви можете відзначити у молоді з інвалідністю?»

## *Додаток Л*

«Як Ви почуваєте себе коли знаходитесь біля молодої людини з інвалідність?»

## *Додаток М*

«В якій школі найкраще було б вчитися дітям з інвалідністю?»

## *Додаток Н*

«На Вашу думку, найбільш ефективним і доцільним є здобуття вищої освіти молоддю з особливими потребами?»

## *Додаток О*

«Як Ви ставитесь до спільного навчання молоді з особливими потребами зі здоровими ровесниками?

## *Додаток П*

«Чи навчається з Вами молодь з інвалідністю?» «для тих хто навчається»

## *Додаток Р*

«Чи працює з Вами людина з інвалідністю?» «для тих хто працює»

## *Додаток С*

«Як Ви ставитеся до того, щоб молодь з інвалідністю навчалася разом з вами?» «для тих хто навчається»

## *Додаток Т*

«Як Ви ставитеся до того, щоб молодь з інвалідністю працювала разом з вами ?» «для тих хто працює»

## *Додаток У*

«Чи потрібна державна допомога молоді з інвалідністю?»

## *Додаток Ф*

«Чи потрібна державна програма працевлаштування молоді з інвалідністю»